

ÉTUDE CRITIQUE

SUR LA

# MÉDICATION INTRA-UTÉRINE

---

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 23 DÉCEMBRE 1887

PAR

MILTON CRENDIROPOULOS

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL CIVIL D'ORAN

MÉDAILLE D'ARGENT CHOLÉRA (1885)

Né à Vourla, près Smyrne, le 19 février 1863

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

---

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE GUSTAVE FIRMIN

PLACE DE LA MAIRIE

Imprimeur-Éditeur

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE MONTPELLIER

M DCCC LXXXV II

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN. . . . . DOYEN  
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

## PROFESSEURS

|                                                      |                  |
|------------------------------------------------------|------------------|
| Clinique médicale . . . . .                          | MM. COMBAL (※※). |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses. . . . . | CAVALIER (※).    |
| Physique médicale. . . . .                           | MOITESSIER (※).  |
| Médecine légale et toxicologie. . . . .              | JAUMES.          |
| Clinique chirurgicale. . . . .                       | DUBRUEIL (※).    |
| Chimie médicale . . . . .                            | ENGEL.           |
| Hygiène. . . . .                                     | BERTIN-SANS.     |
| Pathologie interne. . . . .                          | CASTAN.          |
| Clinique médicale . . . . .                          | GRASSET.         |
| Botanique et histoire naturelle médicale . . . . .   | PLANCHON (※※).   |
| Physiologie. . . . .                                 | LANNEGRACE.      |
| Clinique obstétricale et gynécologie. . . . .        | L. DUMAS.        |
| Clinique chirurgicale. . . . .                       | TEDENAT.         |
| Opérations et appareils . . . . .                    | GRYNFELTT.       |
| Pathologie externe. . . . .                          | CHALOT.          |
| Anatomie pathologique et histologie . . . . .        | KIENER           |
| Anatomie (Chargé du cours). . . . .                  | GILIS.           |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .           | HAMELIN (※).     |

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ※※).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ※).  
DUPRE (C. ※※).

## CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

|                                                  |                     |
|--------------------------------------------------|---------------------|
| Clinique des maladies des enfants. . . . .       | MM. BATLLE, agrégé. |
| Clinique des mal. syphilit. et cutanées. . . . . | GAYRAUD, agrégé.    |
| Clinique des maladies des vieillards . . . . .   | MOSSÉ (※).          |
| Clinique ophthalmologique . . . . .              | TRUC, agrégé.       |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

|               |            |          |
|---------------|------------|----------|
| MM. CARRIEU   | MM. BLAISE | MM. TRUC |
| MAIRET        | BAUMEL     | GERBAUD  |
| BIMAR         | VILLE      | GILIS    |
| MOSSÉ (※)     | GRANEL     | MALOSSE  |
| REGIMBEAU (※) | FORGUE     | BROUSSE  |

MM. GOT, *secrétaire.*

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CHALOT, *président.*

DUMAS, *professeur.*

BIMAR, *agrégé.*

GAYRAUD, *agrégé.*

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

*A ma Sœur et à mon Beau-Frère*

A mes Oncles & à mes Tantes

MILTON CRENDIROPOULOS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
**M. LE DOCTEUR CHALOT**

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

MILTON CRENDIROPOULOS.

# A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A mes Maîtres de l'Hôpital d'Oran

A M. LE DOCTEUR CARACOUSSI

CHEVALIER DU RÉGIMENT DU SAUVEUR

Ευγνωμοσύνης τοδε τεκμηριον

MILTON CRENDIROPOULOS.

A MES AMIS LES DOCTEURS

N. Christoyannakis — Spyridion Caracoussi — Jules Boudou  
Gérasime Eustache — Michel Castriotis

A MES AMIS

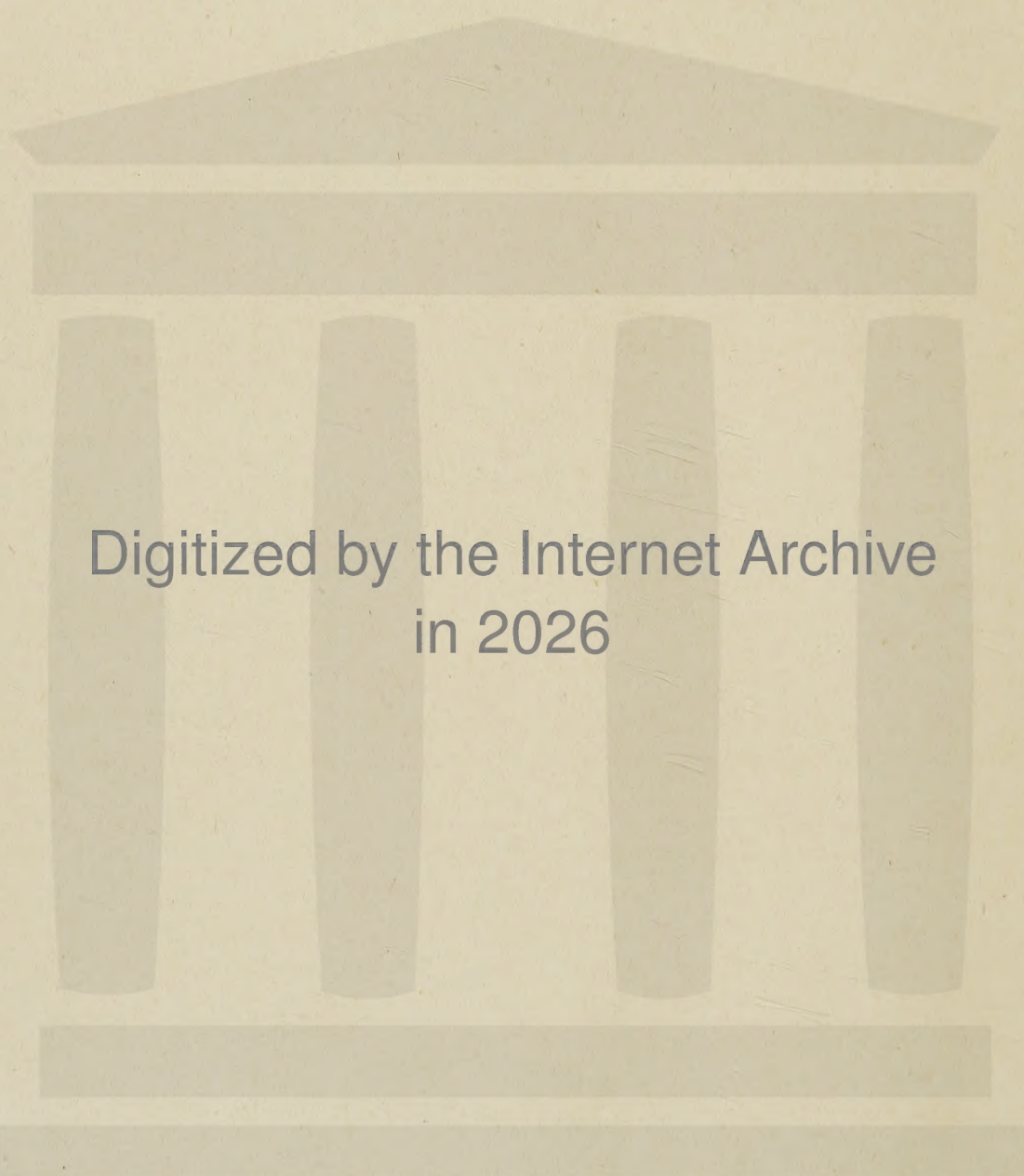
Julien et Georges Pécheur — Yanko Fotiadis — C. Syngros  
C. Grammatopoulos  
Emmanuel Doulas — Georges Caracoussi

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT D'ORAN

MILTON CRENDIROPOULOS.

*MEIS ET AMICIS*

MILTON CRENDIROPOULOS.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41548323\\_0031](https://archive.org/details/IA41548323_0031)



## INTRODUCTION

*Dans le courant de nos études, les questions ayant trait à la gynécologie sont celles qui nous ont le plus intéressé. Cette prédilection nous a amené à choisir, pour sujet de notre Thèse inaugurale, un chapitre de cette branche devenue si importante de nos jours.*

*En gynécologie, comme dans toutes les autres parties des sciences médicales, le traitement a donné lieu à un grand nombre de discussions. Un des points assurément le plus controversé est la médication intra-utérine. En parcourant les différents ouvrages et revues, nous avons été frappé de la divergence d'opinions qui plane encore sur cette question. Partisans et adversaires montrent pour leurs idées une égale ténacité et un exclusivisme qui étonne. Emmet en est arrivé au point de casser sa sonde pour ne plus jamais s'en servir.*

*Nous avons voulu approfondir cette question si intéressante, et voir jusqu'à quel point les uns et les autres ont raison. A cette fin, nous avons commencé par examiner les procédés de la médication intra-utérine, chacun séparément, en décrire le manuel opératoire, et poser les indications et contre-indications, selon l'opinion des Maîtres les plus autorisés en cette matière. En dernier lieu, nous discutons la valeur thérapeutique de cette méthode en apportant des observations à l'appui.*

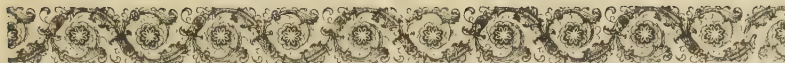
*C'est ce travail que nous présentons aujourd'hui à la bienveillance de nos Maîtres. Certes, il leur paraîtra trop succinct pour un sujet si vaste, qui exige des connaissances approfondies et une expérience très-longue. Mais qu'ils prennent en considération que, pénétré de notre insuffisance, nous n'aspirons à aucune prétention. Si nous n'avons pas bien fait, c'est que nous n'avons pu mieux faire, malgré toute notre bonne volonté.*

*Au moment de quitter le sol français, où nous avons trouvé un accueil si hospitalier, et que nous regretterons, à jamais avant de lui adresser un dernier adieu, qu'il nous soit permis d'exprimer une dernière fois nos plus vives sympathies à ceux de nos amis dont l'affectueuse amitié nous a fait supporter plus agréablement la longue séparation de notre famille.*

*Une profonde reconnaissance pour tous nos Maîtres ne tiendra pas une moindre place dans notre cœur. Surtout que M. le professeur Chalot, dont nous avons eu le bonheur d'être l'élève particulier, reçoive l'expression publique de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a porté pendant tout le temps de nos études, pour les conseils éclairés qu'il ne nous a pas ménagés, et qui ont contribué, pour une large part, à faciliter notre tâche.*

*Nous ne saurions non plus oublier M. Gascard, qui a mis si obligeamment à notre disposition ses profondes connaissances en littérature étrangère.*





## DIVISION DU SUJET

CHAPITRE PREMIER. — Historique.

CHAPITRE II. — Méthodes et moyens de dilatation préparatoire.

*Médication intra-utérine.*

CHAPITRE III. — Division de la médication intra-utérine.

CHAPITRE IV. — Méthodes et procédés de la médication intra-cervicale.

CHAPITRE V. — Méthodes et procédés de la médication de la cavité du corps.

A. Topiques.

B. Opérations.

CHAPITRE VI. — Indications de la médication intra-utérine.

CHAPITRE VII. — Valeur thérapeutique de la méthode.

CHAPITRE VIII. — Observations.







ÉTUDE CRITIQUE

SUR LA

MÉDICATION

INTRA-UTÉRINE



CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Hippocrate a préconisé le sondage utérin comme remède contre la stérilité, le rétrécissement et les déviations utérines, et conseillé les injections intra-utérines dans les cas de rétention des fragments placentaires. Paul d'Égine, Silvius, Ambroise Paré, le père de la chirurgie française, Astruc, et d'autres après eux, ont défendu la médication intra-utérine. Mais leurs recommandations timides, quelques accidents malheu-

reux, qui ont fait élever la voix à plusieurs autorités de l'époque contre ces procédés, et surtout la prétendue susceptibilité de l'utérus, ont arrêté les chirurgiens pendant une période très-longue.

Ils n'osaient plus y toucher ; et les médecins, auxquels les soins des maladies de la matrice revenaient de droit, étaient obligés d'avouer la plupart du temps l'impuissance de la médication palliative et générale, et de courber la tête devant la ténacité d'une affection qui faisait le désespoir de la pauvre malade. Ce n'est qu'à la fin du XVIII<sup>me</sup> et au commencement de ce siècle que quelques tentatives heureuses ont fait revenir la question sur le tapis.

En effet, Levret en 1771 reprend la mensuration de l'utérus et la pratique comme moyen de diagnostic des déplacements. Il se servait d'une sonde en baleine terminée en olive. Dix-sept ans plus tard, Chambon l'utilise pour le diagnostic de la chute de l'utérus et des polypes de la muqueuse.

Mais, malgré ces tentatives, les indications de la sonde restaient encore obscures, et ce n'est que Samuel Lair, de notre siècle, qui, grâce à ses recherches anatomo-pathologiques, en précisa l'usage. Huguier, le grand chirurgien de Lourcine, avec une persévérance sans bornes, le remet en honneur après un oubli de quinze ans, et arrive à des déductions extrêmement pratiques. Le même Levret s'attaque timidement aux polypes de la matrice, au moyen de la ligature. Dupuytren, plus audacieux, y va avec les instruments tranchants. Amussat ose énucléer les fibromes, au milieu du tissu utérin. James Simpson découvre la dilatation lente, au moyen de tentes-éponges, en 1844. En 1862, Sloane substitue à l'éponge la laminaire. Le dilatateur de Busch est déjà découvert bien avant et modifié par Huguier.

Récamier, en 1846, découvre les fongosités et les détruit avec sa curette. L'éminent vulgarisateur du spéculum expose

ses idées nouvelles dans un article publié par l'*Union médicale* en 1850, et dans les années d'après, Marjolin, Nélaton, Nonat, Trousseau, pratiquent le curage et en reconnaissent les excellents effets.

Les injections intra-utérines et les topiques rentrent en honneur vers la même époque. Récamier, Velpeau, Ricord, Kennedy, Duncan, Courty, Matthews, les conseillent et les défendent contre Hermann, Nélaton, Bretonneau. Mais le nombre des accidents augmentait ; les observations malheureuses se multipliaient, et, malgré le talent et l'autorité des défenseurs, un courant contraire s'était formé. Le procédé de Récamier a été qualifié de barbare, de brutal. Des chirurgiens comme Gosselin, Bennett, Depaul, Oldham, ont accusé les injections intra-utérines de donner la prostration, la faiblesse, le refroidissement des extrémités, la péritonite par entrée du liquide dans les trompes, la mort par entrée de l'air dans les veines (Bennett), et les topiques d'être la cause des périmétrites et péritonites.

Ainsi la médication intra-utérine retombe en discrédit. La chirurgie se trouve encore une fois sans action en gynécologie et est jugée téméraire. Dans ces conditions, cette branche, si importante aujourd'hui, ne pouvait pas encore se former et se trouvait partagée : entre les accoucheurs, d'une part, pour les soins des accidents en rapport avec les couches, et les médecins, de l'autre, pour les inflammations, les déplacements et les névralgies de la matrice.

Mais les beaux succès remportés par la chirurgie après la découverte de Pasteur, fécondée par Lister, ont rendu l'audace à quelques chirurgiens, qui ont repris les anciennes opérations avec un succès plus brillant et plus sûr que par le passé. Les premières réussites en ont encouragé d'autres ; les opérations se sont multipliées, l'expérience a trouvé un champ plus vaste, la comparaison entre les différents cas a commencé à se faire

plus judicieusement, plus savamment. Des expériences faites à ce point de vue ont établi que le liquide injecté ne passe pas par les trompes, à la condition que le col soit assez large pour le laisser refluer, et qu'aucune inflammation récente, ou déviation utérine, ne s'interpose. Des statistiques ont été faites, et d'une discussion devenue plus précise, des indications plus nettes sont sorties.

Encore aujourd'hui la discussion est loin d'être close; mais elle ne plane surtout que sur des questions d'opportunité et de procédés, la majeure partie des gynécologistes étant d'accord sur ce point, qu'une intervention énergique, loin d'être nuisible, s'impose au contraire dans une foule de cas.





## CHAPITRE II

### MÉTHODES ET MOYENS DE DILATATION

#### DE LA DILATATION EN GÉNÉRAL

La dilatation remplit un double but :

- 1° Elle est un moyen de diagnostic précieux ;
- 2° Elle constitue à elle seule un mode de traitement, soit définitif, soit utile, pour un traitement ultérieur.

Elle est un moyen de diagnostic, en ce sens qu'elle permet l'introduction du doigt dans la cavité utérine, moyen d'investigation immédiat et préférable à l'hystérométrie, qui est souvent insuffisante, à cause de la sensation vague que le doigt qui tient l'hystéromètre perçoit. C'est aussi après une dilatation préalable que l'endoscope ou le spéculum intra-utérin nous permettra de voir, sinon toute l'étendue de la muqueuse pour en juger l'état, du moins le point d'implantation d'un néoplasme.

La manière dont elle constitue un moyen thérapeutique diffère selon les cas. Dans les uns, elle guérit en tant que dilatation. Ainsi plusieurs auteurs la conseillent contre les déviations, contre les endométrites légères, les sténoses de toutes sortes, les métrorragies, les névralgies du bassin. Cette influence heureuse de la dilatation a été diversement expliquée. Pour les uns, elle exerce une action tonique sur le muscle utérin ; pour les autres, son rôle est tout à fait

mécanique. Quant aux résultats qu'elle donne dans les névralgies du bassin, Doleris les attribue à l'élongation des nerfs, que la dilatation, poussée un peu loin, produit.

Dans d'autres cas, les corps dilatateurs sont une sorte de porte-topique. La matière médicamenteuse dont ils sont chargés, grâce à eux, pénètre jusque dans la cavité et se trouve en contact immédiat avec la muqueuse qui, sous l'influence de la dilatation de la tente, s'étale, se déride et subit sur tous ses points l'action de la substance. Mais le rôle de la dilatation ne s'arrête pas là. Pour presque toutes les opérations pratiquées sur la muqueuse, une dilatation préparatoire est nécessaire. Si l'on est arrivé à construire des curettes assez étroites et des pinces à polype assez minces pour pouvoir pénétrer le col sans qu'il soit dilaté, on ne pourra jamais arriver à faire un grattage complet des grosses fongosités, ni énucléer un polype planté un peu haut sur les muqueuses, ni porter un topique quelconque sans pratiquer préalablement cette opération.

Nous voyons quelle place immense tient en gynécologie la dilatation préparatoire ou curative, place justifiée par les services qu'elle rend journellement en gynécologie. Aussi nous insisterons un peu plus sur ce chapitre important avant d'aborder notre sujet, en tant toutefois que les limites de ce modeste travail nous le permettent.

Nous nous occuperons des différentes méthodes de la dilatation ; nous en décrirons les instruments les plus usités et la manière de s'en servir, en ajoutant à la fin de chaque paragraphe des appréciations, et cela aussi succinctement que possible.

#### *Dilatation préparatoire.*

La dilatation peut se faire rapidement ou lentement, selon que le cas presse plus ou moins.

La dilatation rapide est : 1° sanglante, 2° non sanglante.

Dans le premier cas, elle peut se faire en sectionnant les parois de l'orifice externe du col, et alors elle s'appelle *section*, ou en divisant complètement la paroi utérine de dedans en dehors, et elle s'appelle *discision*.

Dans le second cas, elle est rapide et violente : c'est la *divulsion*.

La dilatation lente s'applique aux procédés plus ou moins lents, qui consistent dans l'emploi des éponges, de la laminaire, du tupelo, des tampons d'ouate, etc.

Nous commencerons par décrire la dilatation rapide, c'est-à-dire la *divulsion* et la *discision*, et nous consacrerons la fin de ce chapitre à la description des moyens et procédés de la *dilatation lente*.

#### A. — Dilatation rapide.

##### DIVULSION

La divulsion consiste en la dilatation plus ou moins rapide et violente. Elle se pratique au moyen : 1° de dilateurs à branches réunies, susceptibles de s'écarter, une fois introduites dans le col ; 2° au moyen des bougies.

##### a. Dilateurs à branches.

Ces instruments sont très nombreux ; nous nous bornerons à décrire les plus usités :

1° Le dilateur à trois branches de Busch, modifié par Huguier ; ses branches sont articulées, à la manière du dilateur de Laborde pour la trachéotomie ;

2° Le dilateur à quatre branches de Leblond, qui est une modification du premier ;

3° Celui de Pajot, qui se compose de deux branches s'écarter au moyen d'une vis, et dont la courbure est analogue à

celle de l'hystéromètre. Sans l'inconvénient d'avoir les bords minces, et par conséquent plus ou moins tranchants, il serait très-commode. Leblond l'a modifié en rendant ses bords plus mousses, et Doleris a donné à ses branches une plus large surface et plus de force ;

4° Celui de Scultz, qui effectue la dilatation dans le sens antéro-postérieur ;

5° Le dilatateur de Sims est un des meilleurs, parce qu'il peut développer une force suffisante pour vaincre le tonus du muscle. Il est formé par trois branches mousses et indépendantes les unes des autres, qui s'écartent au moyen d'une vis située à leur extrémité inférieure.

Peuvent encore servir de dilatateurs, la pince à anneaux et divers spéculums intra-utérins, dont le meilleur est celui de Lamenan-Deschenais, composé de deux valves semblables à celles du spéculum Cusco, montées sur une tige assez longue.

Nous nous arrêtons là de notre description de dilatateurs, ne faisant que mentionner ceux d'Ellinger, de Palmer, de Ball, etc.

*Appréciation.* — Ces dilatateurs ne servent réellement que quand il s'agit de dilater légèrement le col pour y introduire une tente-éponge ou une laminaire. La plupart d'entre eux déploient une force bien insuffisante et un écartement des branches peu considérable pour une dilatation complète. En font exception, pourtant, celui de Scultz et de Sims, qui réunissent les qualités de force et de longueur sous un petit volume. « La pression est toujours inégale, dit Hégar, et porte seulement sur les points de l'utérus qui répondent aux branches ; le ressort, difficile à manier, est gênant ; l'instrument s'entretient mal, et il est parfois difficile d'obtenir une dilatation suffisante, pour l'introduction du doigt, quand on veut pratiquer le toucher intra-utérin. »

b. Bougies.

Ces dilateurs consistent en des bougies solides qu'on introduit successivement dans le col en en augmentant le calibre d'une façon progressive. Mackintosh, en 1826, les proposa le premier contre les sténoses du col. Il en existe des modèles différents :

1° Les bougies en acier de Peaslee ; elles sont cylindriques ou faiblement coniques ; leur extrémité ne peut pénétrer trop profondément dans le col, à cause d'un bourrelet qui se trouve sur la tige.

2° Les bougies de Hanks en gomme durcie. Elles sont ovoïdes ou coniques, creuses à l'intérieur, et se vissent sur un manche en acier recourbé en S. Il y en a dix de diamètre différent.

3° Celles d'Aussaudon sont formées d'un cône en bois ou en ivoire, dont la surface est munie d'un pas de vis, et qu'on fait pénétrer en lui imprimant des mouvements de torsion.

4° Lawson Tait se sert de cônes vulcanisés, qui se vissent sur un manche spécial. L'extrémité inférieure de ce manche est percée de trous, qui donnent passage à des bandes élastiques, se fixant en avant et en arrière, sur une ceinture dont on entoure la taille de la malade. Le cône pénètre petit à petit dans le col, grâce à l'élasticité du caoutchouc, et le dilate ; il en existe quatre numéros.

5° Hégar a fait construire une série de bougies en gomme durcie, cylindriques et coniques à leur extrémité supérieure. Elles mesurent de 12 à 14 centimètres de longueur. La série commence par des bougies ayant deux millimètres de diamètre et va en augmentant d'un demi-millimètre pour chaque bougie. Pour pouvoir pratiquer le toucher intra-utérin, il faut arriver à une bougie de 17 millimètres de diamètre. Après un accouchement ou un avortement, alors que le col est faci-

lement dilatable, ou dans les cas de placenta prævia, il faut employer des bougies plus volumineuses, tandis que pour les injections, les cautérisations, la curette ou les pincés à polype, les bougies de 12 millimètres sont suffisantes. L'auteur garantit la possibilité de les rendre complètement aseptiques.

*Manuel opératoire.* — Après avoir fait une irrigation aseptique du vagin, on place la femme dans la position genu-pectorale ; on introduit une valve de Sims, et on découvre bien la portion vaginale du col, afin que les matières septiques du vagin ne s'introduisent point dans la cavité par l'intermédiaire de la bougie.

Alors, au moyen d'une érigne qu'on fixe à sa lèvre antérieure, on saisit et on attire le col en bas ; quand il est bien à découvert, on introduit la bougie qui passe le plus facilement, et suivant la résistance qu'on rencontre on passe plus ou moins rapidement à l'emploi des bougies plus volumineuses. Quelquefois on est obligé de revenir sur les bougies qu'on a déjà employées pour vaincre la résistance du col. En général une heure suffit pour obtenir une dilatation qui permette l'introduction du doigt.

*Appréciations.* — On peut reprocher aux bougies d'être un procédé trop violent et quelquefois presque aussi sanglant que la discision. Doleris, en outre, a remarqué qu'il arrive souvent qu'après une dilatation complète on ne peut pas introduire le doigt dans la cavité, à cause du *tonus* de l'orifice interne, réveillé après le retrait de la bougie. Par contre, les bougies sont un excellent moyen pour préparer le terrain à une dilatation lente et progressive.

B. — Dilatation sanglante.

Pour que la dilatation soit nécessaire, deux circonstances peuvent se présenter : ou c'est l'orifice externe qui a besoin d'être dilaté, ou la dilatation devra porter en même temps sur les deux orifices.

Pour chacun de ces cas une opération différente est indiquée. Nous désignerons la simple division superficielle de l'orifice externe par le seul mot : *incision*, et la section complète du col par le mot : *discision*, terme adopté par les auteurs étrangers et par M. Doleris.

1° INCISION

L'incision a été indiquée dans les cas d'endométrite avec sténose de l'orifice externe et élargissement du canal cervical. En effet, quand une endométrite se déclare dans un utérus qui a le canal normalement rétréci, ou que des brides cicatricielles, précédées d'une déchirure du col après parturition, l'ont sténosé, les sécrétions, ne trouvant pas une issue assez large pour se déverser dans le vagin, s'accumulent dans le canal cervical et s'altèrent ; elles deviennent âcres, purulentes, irritent la muqueuse, et entretiennent le catarrhe. La sténose de l'orifice cause souvent la stérilité. Alors la première indication à remplir est de débarrasser le canal de l'agent irritant ou de frayer une voie aux spermatozoïdes. Cette indication se réalise par la dilatation rapide, lente ou sanglante ; mais les deux premières ne sont pas assez efficaces, et elles sont temporaires ; car le tissu musculaire du canal permet au rétrécissement de se reproduire. Au bout d'un cer-

tain temps, le canal revient sur lui-même, l'effet obtenu disparaît et on est obligé de recommencer.

Pour ces cas donc, comme pour tous ceux qui exigent un diagnostic prompt et rapide, l'incision est préférable à tous les autres modes de dilatation.

On peut la faire avec le bistouri boutonné ordinaire, avec les ciseaux à lames droites, ou avec un métrotome quelconque.

Les métrotomes sont des instruments à une ou deux lames cachées, analogues au lithotome de Dupuytren : nous en parlerons plus longuement à propos de la *discision*.

*Manuel opératoire.* — On place la malade dans la semi-pronation, et l'on introduit une valve de Sims qu'on confie à un aide. Après avoir fait la toilette vaginale, on pousse dans le canal cervical un applicateur à vrille entouré de coton, et l'on enlève avec soin les mucosités ; si la sécrétion est filante et adhère intimement à la muqueuse, elle sera enlevée avec la seringue aspirante de Thomas, ou avec un applicateur imbibé d'une solution de bichromate de potasse. Le col est saisi avec un tenaculum par sa lèvre antérieure et attiré en bas. Il est presque inutile de dire que si l'orifice est trop étroit, il faut le dilater préalablement, au moyen d'une éponge ou d'un dilatateur à branches. Alors on saisit l'instrument qu'on préfère de la main droite, la gauche tenant le tenaculum, et on pratique de chaque côté de la lèvre une incision d'un quart de pouce environ. Une fois les fibres circulaires divisées, le col se rétracte, devient plus court et plus large, résultat précieux quand on opère sur un col conique.

Après l'incision, un dilatateur à branches est porté dans le canal, pour finir de rompre les fibres circulaires. Une fois l'endotrachélium (de ἐνδον *dedans* et τραχήλος *col de la matrice*, mot employé par Mundé) mis à jour et bien examiné

on introduit un tampon aseptisé et imbibé d'un agent quelconque, dans le double but de prévenir une hémorragie secondaire, et de maintenir l'orifice béant ; ce tampon est rendu fixe, à l'aide d'un tampon vaginal trempé dans de la glycérine phéniquée. Mundé fait une incision cruciale, qui a l'avantage de tenir les lèvres écartées et l'orifice du col béant.

Fritsch (de Breslau) a modifié le précédent procédé ; il coupe les quatre lambeaux de façon que l'orifice soit arrondi ; ainsi on évite les rétractions cicatricielles, surtout quand une dilatation lente est pratiquée jusqu'à cicatrisation complète.

*Soins consécutifs.* — Les bons résultats de l'opération dépendent uniquement des soins que l'on mettra à maintenir la largeur de l'orifice tendant toujours à diminuer, à cause de la rétraction des tissus cicatriciels.

La malade sera examinée le jour suivant, et puis tous les deux jours : on changera le tampon vaginal, au bout de vingt-quatre heures ; le tamponnement cervical sera répété tous les deux jours, en ayant soin d'introduire chaque fois le doigt pour empêcher la réunion des surfaces, et pour dilater le canal ; et cela pendant deux ou trois semaines, jusqu'à ce que le canal paraisse avoir acquis la largeur désirée, et lorsque toute crainte de *rétraction* sera évanouie.

Gaillard-Thomas recommande l'emploi d'une cheville en verre, espèce de pessaire intra-utérin, dont l'utilité est plus marquée dans la discision.

Les agents médicamenteux appliqués sur les lèvres des incisions sont les caustiques légers ou les astringents ; car il faut éviter les eschares profondes, qui produisent de larges cicatrices. Mundé emploie le nitrate d'argent, l'acide nitrique, le phénol iodé, la teinture d'iode, etc. Les incisions ne

sont pas dangereuses, et les complications les suivent rarement, quand on a pris toutes les précautions antiseptiques.

## 2° DISCISION

Le rétrécissement du col ne se limite pas à l'orifice externe seul ; quelquefois tout le canal est rétréci ; d'autres fois la lumière interne est obstruée par une flexion de l'utérus. Dans ce cas, il faut porter l'incision plus haut, jusqu'à l'orifice interne.

La discision est indiquée dans les sténoses, les dysménorrhées, les flexions, et si l'on veut élargir le canal pour permettre l'extraction d'un polype contenu dans l'utérus.

Bien que les plus anciens accoucheurs aient préconisé la discision, c'est Simpson (d'Edimbourg) qui, en 1843, pratiqua cette opération et en donna les règles ; la même année, Jobert de Lamballe sectionna avec les ciseaux un orifice utérin considérablement rétréci.

INSTRUMENTS. — On pratique cette opération au moyen de métrotomes et de ciseaux spéciaux. Parmi les métrotomes les plus usités nous citerons :

1° Celui de *Simpson*, constitué par une tige présentant une rainure à sa partie latérale, qui cache une lame tranchante d'un seul côté. En pressant sur le manche, on fait saillir cette dernière et on l'écarte de la gaine d'une distance qu'on peut régler au moyen d'une vis.

2° Celui de *Greenhalgh*, qui est à deux lames. Son mécanisme repose sur le même principe.

3° Celui de *Peaslee*, constitué par une tige à la partie antérieure de laquelle on peut faire saillir une lame arrondie à son extrémité.

4° Celui de *Küchenmeister*, qui n'est qu'une lame lancéolaire à extrémité boutonnée et montée sur un long manche.

5° Le métrotome de *Sims* est une lame articulée sur un long manche, à laquelle on peut donner le degré d'inclinaison que l'opérateur désire.

Nous ne faisons que nommer les métrotomes de Coghill, de Lavage et de Routh, à lames courbes, etc.

Quant aux ciseaux, il faut qu'ils soient forts et bien tranchants, car, dans le cas contraire, en divisant la partie vaginale du col, qui est très dure, ils glissent en bas et se tordent. Ceux de *Küchenmeister* sont des ciseaux forts, dont une des lames, celle qui reste dans le vagin, présente à son extrémité un crochet qui pénètre dans le tissu utérin et empêche l'instrument de glisser.

Ceux de Hart ont des manches qui ressemblent à ceux des pinces à os et qui sont réunies par une crémaillère. Ainsi on peut les tenir dans la paume de la main, et déployer une force beaucoup plus considérable.

*Appréciation.* — Avec les métrotomes qui sectionnent les tissus de dedans en dehors, comme ceux de Simpson et de Greenhalgh, il est impossible de contrôler l'incision. Cette même incision, qui doit être plus profonde à l'orifice externe qu'à l'interne, est à peu près égale sur toute la longueur du canal; d'un autre côté, il est difficile d'écarter les lames de l'hystérotome juste ce qu'il faut : on fait toujours une incision ou trop superficielle, et alors l'orifice externe n'est pas assez élargi, ou très profonde, ce qui provoque des hémorragies dangereuses et l'inversion de la muqueuse signalée par Emmet. Ces instruments présentent un autre défaut ; il arrive souvent que les parois du col n'ont pas partout la même consistance ; il s'ensuit que l'instrument, rencontrant une résistance inégale, divise inégalement les lèvres.

Ces inconvénients n'existent plus quand on se sert du métrotome de Sims, au moyen duquel le chirurgien peut donner à l'incision la profondeur et la direction qu'il désire.

*Manuel opératoire.* — Voici comment Sims opère. La femme est dans le décubitus latéral. Après avoir fixé le col avec un tenaculum, il introduit dans le canal une des branches des ciseaux de Hart ou de Küchenmeister ; l'autre, celle qui porte le crochet, étant placée à l'extérieur et s'avancant jusqu'aux insertions vaginales du col. Il incise alors à gauche et à droite ; cela fait, il éponge le sang, introduit son métrotome dans le canal, et sectionne les parties qui séparent l'orifice interne du point où finit la première incision. Hégar ne se sert des ciseaux que quand la portion vaginale du col est allongée. Si le col est normal, il introduit directement le couteau et incise de dedans en dehors, en ayant soin d'appuyer à mesure qu'il arrive à l'orifice externe. La profondeur de son incision dans le haut du canal est de 1 à 2 millimètres ; dans le bas, elle arrive à 1 centimètre et demi.

Gaillard-Thomas ne sectionne pas non plus toute la portion vaginale du col ; son incision ne comprend que la muqueuse et les fibres superficielles du parenchyme.

*Soins consécutifs.* — Le chirurgien se propose d'obtenir un double résultat au moyen de la discision :

- 1° Maintenir le col béant ;
- 2° Eviter la réunion de la plaie.

Pour ce faire, différents procédés ont été imaginés par plusieurs opérateurs ; ainsi Gaillard-Thomas, immédiatement après l'opération, met dans le col un tampon imbibé de persulfate de fer, qu'il laisse pendant 48 heures, en renouvelle l'application pendant une quinzaine de jours et alors il place

un pessaire en verre ou en caoutchouc. Sims fait quotidiennement un tamponnement de ouate imbibée dans la glycérine ; il commence dès le 3<sup>e</sup> jour. Smith et Greenhalgh se servent de dilateurs à branches. Schroeder maintient la dilatation au moyen d'un tampon combiné à l'introduction du doigt dans le col. Hégar se sert de lambeaux de toile complètement aseptisée et répète ce pansement tous les deux jours. Chrobeck a proposé un moyen qui paraît avoir avantageux : « il passe à travers les tissus de la portion vaginale, et en allant du canal cervical vers le cul-de-sac vaginal, deux tiges d'argent collées à une de leurs extrémités et présentant à l'autre une anse ; les tiges sont introduites au point au niveau duquel devra se trouver le nouvel orifice externe. On laisse les instruments en place, jusqu'au moment où les parois du canal qui les contient se sont cicatrisées. Au bout de la quatrième semaine, on les retire, et on passe, en se servant d'eux au besoin comme conducteurs, une petite ligature élastique à l'aide de laquelle on sectionnera tous les tissus situés en dessous » (1).

Le repos au lit est nécessaire après l'opération.

Les dangers de la discision sont : l'hémorragie primitive ou secondaire, les lésions du voisinage, l'ouverture du tissu cellulaire péri-utérin, du péritoine, de l'uretère, les infections et inflammations consécutives, péritonite et périmérite. Mais tous ces dangers peuvent être écartés quand on opère avec prudence et si l'on suit toutes les règles de l'antisepsie.

Nous ne croyons pas devoir parler du procédé pratiqué dans les cas de flexion, qui est une opération plutôt curative que préparatoire. Nous laisserons aussi de côté d'autres procédés, comme la destruction des rétrécissements du col par électrolyse, l'opération d'Emmet, etc., pour la même raison.

(1) Hégar et Kaltenbach.

## B. Dilatation lente

La dilatation lente consiste dans l'emploi : 1° de corps qui, une fois introduits dans le canal cervical, se gonflent, en s'imbibant des liquides de la sécrétion ; 2° des tampons, dont on augmente le volume et la quantité à chaque nouvelle application.

La dilatation du col au moyen de ces procédés s'effectue quelquefois en plusieurs jours, quelquefois en plusieurs semaines ; elle est plus sûre que celle obtenue par les procédés rapides, car elle n'expose pas la femme aux dangers de l'infection.

### 1° CORPS QUI SE GONFLENT PAR IMBIBITION

#### a. — Tentes-éponges

Simpson (d'Edimbourg), le premier en 1844, eut l'idée de profiter de la propriété que possède l'éponge d'augmenter de volume au contact des liquides.

Les tentes-éponges sont de forme conique, mesurent de 5 à 6 centimètres de longueur, sur 6 à 12 millimètres de diamètre à leur base. D'ailleurs le diamètre peut être augmenté au gré du médecin. On en trouve de toutes préparées chez les pharmaciens ou les fabricants d'instruments de chirurgie ; mais il est certainement préférable de les préparer soi-même, car celles qu'on achète sont souvent fabriquées avec plusieurs morceaux d'éponge réunis qui se détachent et restent dans le canal, ce qui peut occasionner des accidents ou tout au moins nécessiter des manœuvres difficiles et toujours désagréables pour leur extraction.

Voici la manière de les préparer : on imbibe l'éponge dans une solution phéniquée de gomme arabique et on la traverse par une tige de fer. Une fois l'éponge bien imbibée, on la comprime encore humide, au moyen d'une corde dont les tours ne laissent aucun intervalle entre eux ; quand elle est bien sèche, on déroule la corde, et on lui donne la forme conique, en la taillant avec des ciseaux ou un couteau ; il ne reste plus qu'à la polir à l'aide du papier-verre, et la traverser d'un trou perpendiculaire dans lequel passera un fil qui sert à la retirer.

Plusieurs gynécologues ont essayé de rendre les tentes aseptiques, condition essentielle si l'on veut éviter les suites fâcheuses si fréquentes après leur application. Entre autres, M. Porak a fait de nombreux essais ; il a laissé des éponges séjourner pendant un certain temps, dans différentes solutions antiseptiques : aqueuses, alcooliques, éthérées, etc., et il a remarqué que les tentes ayant séjourné dans les solutions aqueuses et dans la glycérine aseptisée perdaient leur dilatabilité, sans devenir complètement aseptiques. Par contre les huiles, l'éther et l'alcool, ne leur enlevaient pas leurs propriétés dilatatrices. Après plusieurs essais, il s'est arrêté à l'éther iodoformé. En même temps, M. Doleris conseillait de plonger l'éponge dans le même agent une demi-heure avant de s'en servir.

Il est bon d'employer des éponges non blanchies, le blanchiment leur enlevant une partie de leur élasticité.

Courty recouvrait la tente d'une mince couche de cire, afin de l'empêcher de s'incruster dans la muqueuse. L'huile produit le même effet. Farran a imaginé un petit appareil en vue d'empêcher l'adhérence de la muqueuse ; un tube métallique pénètre dans l'éponge et communique avec une ampoule de caoutchouc placée à l'autre extrémité de l'éponge et remplie

d'une quantité d'eau suffisante pour dilater la tente ; le tout est recouvert d'une poche de baudruche.

*Précautions à prendre.* — Avant l'introduction de la tente il faut reconnaître la direction de l'utérus (Scultz), s'assurer qu'il n'existe pas un état inflammatoire actuel ou antérieur et aseptiser complètement le vagin. Le moment pendant lequel il faut pratiquer la dilatation est important à observer.

On choisit en général la première ou la deuxième semaine après les menstrues ; on s'abstient complètement pendant les règles et la semaine à la fin de laquelle elles doivent venir, l'utérus, à ce moment, étant hyperémié et plus susceptible d'être enflammé.

*Manuel opératoire.* — La malade est mise dans la semi-pronation ; une valve de Sims est introduite et le col est saisi par sa lèvre antérieure par une érigne. La tente, enduite d'un corps gras, est fixée sur la pointe d'un instrument spécial et introduite exactement comme la sonde utérine.

On peut se servir d'une tige métallique coudée à son extrémité, du porte-éponge de Barnes ou d'une simple pince à pansement utérin. Quand on veut se servir des doigts, voici comment on opère. La malade est placée sur le côté gauche, à travers le lit ; on a soin d'abaisser le col ; on prend la tente entre l'index et le médius de la main gauche, le pouce à la base ; on introduit les doigts dans le vagin, on fait pénétrer l'extrémité de la tente dans le col, et on la pousse avec le pouce.

Une fois l'éponge placée, il est nécessaire de la maintenir au moyen d'un tampon vaginal volumineux.

La tente peut rester 12 ou 24 heures dans le col ; au bout de ce temps, elle est généralement chassée par les sécrétions.

On la laisse ordinairement en place pendant 12 à 24 heures ; après ce laps de temps, on la retire pour en introduire une autre plus volumineuse si l'on veut obtenir une dilatation plus considérable.

Quand on veut enlever l'éponge on tire sur le fil qui est attaché à sa base ; quelquefois on rencontre des difficultés, ou parce qu'elle s'est incrustée dans la muqueuse, ou parce qu'elle rencontre un obstacle à sa distension au niveau de l'orifice interne, plus difficile à dilater ; alors on voit un rétrécissement annulaire sur le point correspondant. La question de savoir s'il faut remplacer les éponges immédiatement l'une après l'autre ou attendre quelque temps pour que l'épithélium de la muqueuse se reforme, est très discutée.

Courty conseille, avec beaucoup de sens, d'attendre 3 ou 4 jours avant d'en introduire une nouvelle ; Gallard recommande d'agir plus rapidement. A la suite de la dilatation surviennent parfois des coliques semblables à celles de la dysménorrhée ou de l'avortement ; elles ne durent en général qu'un ou deux jours et sont facilement conjurées par le repos et quelques cataplasmes sur le ventre.

*Dangers.* — Marion Sims, Willard, Elwood Wilson, ont rapporté des cas de péritonite et de mort causés par l'introduction de la tente. Dernièrement encore Boissarie publiait dans les *Annales de gynécologie* deux cas de péritonite, dont un suivi de mort. Thompson a vu le tétanos survenir après l'emploi de l'éponge préparée. Au moment où la tente est retirée elle enlève l'épithélium de la muqueuse ; ce qui est la principale cause de l'infection si facile à produire sur une muqueuse dont la surface est tapissée de lymphatiques.

En somme, « les tentes, disent Hart et Barbour, sont d'une grande utilité dans certains cas particuliers ; aucun moyen ne sera d'un aussi grand secours pour le gynécologue ; mais il

ne faut pas oublier les dangers qu'elles font courir parfois aux malades, dangers qui doivent rendre prudent mais non timide.

b. — *Laminaria digitata*

C'est une plante aquatique croissant sur divers points de l'Atlantique et en Amérique ; la meilleure est celle qui provient de la baie de Fundy. Sloan, le premier en 1862, a substitué la Laminaria à l'éponge ; elle a la propriété d'augmenter de trois fois son volume dans l'humidité. Pour préparer les tiges, on les fait macérer dans l'eau ; on les suspend verticalement, en attachant un poids à leur extrémité, pour les redresser ; quand elles sont sèches, on les coupe de la longueur de 5 ou 6 centimètres, on les arrondit, on les polit, et on les perfore perpendiculairement d'un trou traversé par un fil ; il est bon de creuser un canal tout le long de la tige pour servir à l'écoulement des mucosités.

Le manuel d'introduction et les précautions à prendre sont les mêmes que pour l'éponge. Nous ferons cependant remarquer que, quand on l'enlève, il faut tirer sans violence ; car, lorsque la tige est ramollie, elle est sectionnée par le fil.

Les avantages de la laminaria sur l'éponge sont nombreux : elle ne détache pas l'épithélium ; elle s'introduit facilement à travers l'orifice interne, à cause du poli de sa surface ; elle se rompt rarement dans le canal et devient facilement aseptique. Enfin les tiges employées déjà peuvent encore servir.

c. — *Tupelo*

Tout récemment, en 1877, Sussdorff (de New-York) a proposé de remplacer la laminaria par les tiges de tupelo, qui

croît en Géorgie et en Floride. L'expérience est encore trop limitée pour pouvoir permettre d'apprécier cette substance à sa juste valeur ; cependant les gynécologues qui en ont fait usage lui trouvent l'avantage de se dilater plus que la lamine.

## 2° TAMPONS D'OUATE

### Procédé Vulliet

Dans la séance que la Société gynécologique de Genève a tenue au mois d'octobre, M. Vulliet, professeur à la Faculté de médecine de la même ville, a fait une communication sur un nouveau procédé de dilatation utérine qu'il a imaginé. Le savant professeur se propose de rendre la cavité utérine par ce moyen plus accessible à l'œil que ne le fait l'endoscope et le spéculum intra-utérin ; il a pu mouler très exactement et photographier la cavité (il est vrai que les épreuves étaient obscures) ; il a pu surprendre l'état de la muqueuse pendant la période de la menstruation et voir le sang suinter sur ses parois.

*Manuel opératoire* — Voici comment il procède : il met la femme en position genu-pectorale et relève fortement le périnée par une valve de Sims. Une fois le col mis bien à nu, il commence la dilatation au moyen d'un dilateur à branches ; mais il n'a pas de prédilection pour cet instrument : il se sert de n'importe quoi, soit d'une sonde utérine, soit d'une bougie urétrale, pourvu que l'instrument passe assez facilement. Une fois le premier entré, il en passe un second de plus gros calibre, jusqu'à ce qu'un certain degré de dilatation ait été obtenu ; alors il commence à introduire dans la cavité des tampons dont la dimension varie entre celle d'un pois et celle d'une amande.

La préparation des tampons est chose essentielle ; il les attache d'un double fil assez long par leur centre et les plonge dans une solution éthérée d'iodoforme au dixième ou dans le salol. Après les avoir laissé tremper dans ce liquide pendant une demi-heure environ, il les sèche en les agitant vivement et les renferme dans un flacon bien bouché.

Quant à la manière de les introduire, voici comment Betrix la décrit dans un article publié dans les *Nouvelles Archives de Gynécologie* : « On les porte à l'entrée du col, au moyen d'une pince à pansement, longue, recourbée et très mince ; de là on les pousse, petit à petit, dans la cavité utérine, avec une tige métallique, résistante, ayant la courbure et le volume de la sonde à lavage utérin. Ils doivent pénétrer complètement dans la cavité. » Ainsi on arrive, dès la première séance, à faire pénétrer 4 ou 5 tampons qu'on laisse en place pendant 24 ou 48 heures. A chaque séance on augmente le nombre jusqu'à ce que la cavité soit accessible au toucher ou à la vue ; il arrive souvent que la dilatation n'est pas égale sur tous les points ; pour la rendre plus régulière, on n'a qu'à se servir pendant une ou deux séances des paquets de laminaria.

La dilatation, par ce moyen, n'est pas douloureuse en général, au dire de son auteur ; elle est complète, aussi bien le troisième jour que le quinzième, selon que la paroi utérine garde son intégrité plus ou moins parfaite. En effet, dans un cancer ou dans un fibrome, en même temps que la cavité augmente, les fibres musculaires perdent de leur tonicité et se laissent distendre beaucoup plus facilement.

Mais qu'on introduise des tampons dans une cavité dont la muqueuse est simplement enflammée, comme dans une endométrite, par exemple : d'abord l'orifice interne ne se laisse pas dilater, et quand on arrive à vaincre sa résistance, le parenchyme du corps se contracte, se pose sur l'orifice interne

en guise de bouchon, et expulse souvent le tampon ; le sphincter externe ne reste pas non plus inactif ; il se contracte, fortement excité, et l'on comprend ainsi, dans ces conditions, la difficulté que le tampon éprouve à vaincre cette résistance. Aussi on voit des utérus qui mettent deux ou trois mois à se dilater, comme il en est aussi de complètement réfractaires.

*Appréciation.* — Cette dilatation, beaucoup trop lente, n'est cependant qu'une épreuve préliminaire ; elle cause parfois des douleurs renouvelées après chaque introduction des tampons, ce qui dure longtemps. Cette dilatation n'est pas régulière et a besoin d'une autre préalable. Cela tient à ce que les tampons ne sont pas de véritables corps dilateurs ; ils n'augmentent pas de volume comme les tentes, et les nouveaux introduits pénètrent dans la cavité sans aucun ordre. Une fois la cavité changée, il est difficile de les tenir en place, parce que le mucus qui s'interpose entre eux et la muqueuse les fait glisser, et parce que la cavité, en s'élargissant, devient moins profonde ; elle s'affaisse sur elle-même. D'un autre côté, avec le procédé de Vulliet, on n'est pas sûr d'obtenir toujours la dilatation. Il y a des matrices qui ne tolèrent rien ; nous avons dit plus haut qu'il y en a de réfractaires. On a observé des douleurs et des phénomènes hystériformes ; il est vrai que Vulliet les a rapportés à l'iodisme ; mais Porak n'a pu obtenir une dilatation complète sans provoquer de la douleur.

Là où ce procédé peut rendre de réels services, c'est dans le cas de cancer de la muqueuse. Le tamponnement dilatera facilement la matrice, à cause de la dégénérescence de son parenchyme, et le spéculum particulier de Vulliet fera voir les progrès et les limites du mal ; ainsi on pourra juger sûrement si une intervention est nécessaire, et, une fois le

curage pratiqué presque sous les yeux de l'opérateur, il tiendra la cavité complètement aseptique. « Les tampons comblent la cavité qui succède à l'ablation du néoplasme, dit Veper dans sa Thèse inaugurale, en maintiennent les parois écartées, les distendent et les amincissent, permettant ainsi au médecin de découvrir à chaque pansement les points qui sont le siège d'une végétation nouvelle. »



DE LA

# MÉDICATION INTRA-UTÉRINE





## CHAPITRE III

### DIVISION DE LA MÉDICATION INTRA- UTÉRINE

Les maladies internes de la matrice se divisent, comme la matrice elle-même se divise anatomiquement et physiologiquement, en deux parties :

1° les maladies de l'endocervix ; 2° celles de l'endomètre.

Cette division n'est pas évidemment absolue et bien tranchée ; les inflammations de l'endomètre se transmettent facilement au col, et réciproquement. L'orifice interne n'est pas toujours une barrière infranchissable ; quand il y a lieu, par conséquent, de traiter le col, le traitement de la cavité du corps s'impose la plupart du temps. Mais la tolérance plus prononcée du col, sa plus grande accessibilité et sa position relativement plus éloignée du péritoine et des ligaments larges permettent une intervention plus efficace et pour ainsi dire plus brutale.

Bien que les procédés des applications pour les deux cavités ne diffèrent pas essentiellement, nous avons cru utile de séparer les deux traitements pour donner plus de clarté à notre travail.







## CHAPITRE IV

### MÉTHODE ET PROCÉDÉS DU TRAITEMENT

#### INTRA-CERVICAL

Les topiques qui sont appliqués sur le col peuvent être employés sous différentes formes : liquides, semi-solides, solides, pulvérulentes.

Nous indiquerons dans ce chapitre les procédés au moyen desquels on applique ces substances et la manière dont elles sont employées.

##### A. — LIQUIDES

Les substances liquides dont on se sert sont caustiques, astringentes, stimulantes et antiseptiques ; on les porte dans le col au moyen :

- 1° De sondes à vrille ;
- 2° De seringues applicatrices.

1<sup>o</sup> Sondes à vrille

Ces instruments sont en argent, platine, cuivre, gomme durcie ou baleine ; ils présentent à leur extrémité utérine une rainure en spirale, dans le but de retenir le coton dont on les enveloppe.

Les sondes en gomme ou en baleine sont préférables ; d'ailleurs un roseau, un hystéromètre ou un bâton entouré de coton, peut remplir le même but. Sims a construit une sonde dont la tige est enfermée dans un tube métallique flexible, qui permet de pousser le coton quand on veut le laisser en place.

Voici comment on charge la sonde. On la saisit et on place son extrémité humectée sur le bord d'une mince couche de coton hydrophile étendue sur la paume de l'autre main ; en faisant tourner, le coton s'enroule autour de l'extrémité de l'instrument ; il ne faut pas que le coton dépasse l'extrémité de la sonde, ou alors il se double et passe difficilement à travers le col ; mais il ne faut pas non plus que cette extrémité soit nue.

*Manuel opératoire.* — La portion vaginale du col est mise à nu et enveloppée de coton, afin d'être protégée ; plusieurs sondes doivent être à la portée de l'opérateur. On en saisit une et on l'introduit sèche jusqu'à l'orifice interne, afin d'enlever les mucosités ; si la sécrétion est adhérente, on l'enlève au moyen de la seringue de Thomas ou de la curette en fil de fer de Lusk. La cavité cervicale préalablement nettoyée, on retire promptement la première pour en introduire une seconde chargée de la solution médicamenteuse, en ayant soin de ne jamais agir de force. Si l'utérus se contracte, il faut atten-

dre que les contractions cessent ; il est bon de commencer par la dilatation du col. Quand on veut obtenir un effet plus marqué, il faut avoir soin de laisser le coton dans le col pendant 24 ou 48 heures, et pour cela on se sert de la sonde à vrille de Sims.

Ce procédé est rapide, facile, ne provoque pas de douleurs et n'exige pas toujours une dilatation préalable ; mais il a l'inconvénient de ne faire pénétrer qu'une faible quantité de liquide, parce que le coton, en arrivant à l'orifice, un peu étroit, s'égoutte et le liquide coule à l'extérieur du col.

#### 2° Seringues applicatrices

Elles sont pareilles aux seringues à injections intra-utérines ; leur canule en caoutchouc durci est mince et percée de plusieurs trous à leur extrémité.

*Manière de s'en servir.* — On charge la seringue avec le liquide médicamenteux et on enveloppe de coton l'extrémité utérine de la canule ; on l'introduit en poussant avec précaution le piston ; le coton s'imbibe petit à petit ; il faut la retirer aussitôt que le liquide commence à s'échapper par l'orifice externe.

Ce procédé ne provoque que de légères douleurs, et il a l'avantage, sur les sondes, de déposer dans le canal la quantité de liquide que l'opérateur juge convenable.

#### B. — DEMI-SOLIDES

Tous les médicaments qu'on emploie pour les applications liquides peuvent être aussi employés sous forme de pommade ou de glycérolé. Ils sont appliqués au moyen de seringues à

large bec, de l'hystéromètre injecteur de Camuzet ou du porte-pommade de Barnes, instruments dont nous parlerons plus longuement, à propos de la médication du corps. On emploie le nitrate d'argent, l'iode, l'onguent mercuriel, l'iodoforme, etc.

Les pommades, du reste, sont peu employées.

#### C. — SOLIDES

Les agents solides sont portés sur le col au moyen d'instruments ou de crayons.

1° Les instruments employés sont les différents porte-caustique de Siderey, de Martineau, le fil de Leblond, un long porte-pierre, etc.

Le porte-caustique de Siderey consiste en une tige d'argent ayant la courbure de l'hystéromètre et monté sur un manche ; son extrémité utérine porte deux cuvettes de chaque côté. On le charge en le plongeant plusieurs fois dans du nitrate d'argent fondu, jusqu'à ce qu'une certaine quantité de sel s'y dépose. Alors on l'introduit de façon que son extrémité touche toutes les parois du canal cervical, dont on connaît déjà la direction au moyen d'un cathéter utérin flexible. L'instrument de Leblond consiste en un fil d'argent enroulé et flexible, qu'on trempe dans du nitrate fondu, comme le porte-caustique de Siderey.

Le professeur Pajot, lorsqu'il veut cautériser le col, trempe une tige de laminaria dans la gomme arabique, et, après, la roule dans une poudre très fine de nitrate d'argent fondu.

Les longs porte-crayons aussi peuvent suffire pour la médication du col.

*Crayons.* — Ils ont trois centimètres de long sur quatre centimètres de diamètre, doivent être flexibles et se dissoudre

rapidement. Les véhicules dans lesquels on dissout le médicament à employer sont : le beurre de cacao, la gomme arabique, la paraffine, la gélatine. Pour leur préparation, il existe des formules différentes; nous ne citerons que celle adoptée par Leblond :

|                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| Substance médicamenteuse. } | ââ 2 gr. 50 |
| Gélatine. . . . . }         |             |
| Glycérine pure. !. . . . .  | V gouttes   |

Voici maintenant comment se fabriquent les crayons, toujours d'après le même auteur. On commence par compter exactement les gouttes de glycérine qu'on laisse tomber sur la gélatine pulvérisée contenue dans une capsule de porcelaine placée au milieu d'un bain de sable; on ajoute dix gouttes d'eau et l'on agite jusqu'à ce que la gélatine forme une pâte homogène. On ajoute alors la substance médicamenteuse et l'on mélange soigneusement. Quand la pâte n'adhère plus aux doigts, on la retire de la capsule et on moule les crayons. Les crayons de tannin, préconisés par Becquerel, ont une formule différente. Leblond mélange 1 gr. de tannin avec une goutte et demie de glycérine pour deux crayons. De Sinety se sert de la formule suivante pour préparer les crayons caustiques :

|                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| Acide phénique cristallisé. . . . . | 0,05 centigrammes |
| Glycérine. . . . .                  | V gouttes         |
| Tannin . . . . .                    | 1 gramme          |
| Gomme adragante. . . . .            | Q S               |

Les crayons ainsi préparés sont cylindriques et flexibles; ils se conservent bien, ne se déforment pas; mais au bout de quelque temps deviennent durs. Pour les ramollir, on n'a qu'à les chauffer dans la paume de la main.

Le beurre de cacao donne des crayons fragiles : ceux de

gomme adragante sont durs et blessent la muqueuse; en outre, ils se dissolvent difficilement.

Les matières médicamenteuses seules ou associées, qu'on emploie ordinairement, sont : l'iodoforme, le perchlorure de fer, le sulfate de zinc, le nitrate d'argent pur ou mitigé avec le nitrate de potasse, le tannin seul ou associé à l'acide phénique, à l'iodoforme ou au chlorure de zinc, à l'eau, etc.

*Manuel opératoire.* — Les crayons sont introduits de la manière suivante : on place le crayon dans un porte-crayon spécial et on en introduit l'extrémité dans le col. L'instrument ayant pénétré, on pousse le piston et l'on retire l'instrument. Le porte-crayon qui sert à cet effet se compose d'un tube en caoutchouc durci, recourbé, dans lequel glisse un piston destiné à chasser le crayon. Le même instrument sert comme porte-pommade. Si l'on désire toucher simplement la cavité, on prend un long porte-nitrate, au besoin la pince seule pouvant être suffisante.

*Appréciation.* — Les crayons, selon Mundé, sont plus efficaces que les applications liquides, plus faciles à employer et plus sûrs, car ils n'exigent pas une dilatation préalable.

#### d. CAPSULES

Les capsules ont été recommandées par Sales (d'Aberden); elles sont faites de gélatine et ont la forme allongée; elles contiennent, dans leur intérieur, divers médicaments. Elles n'ont pas encore été employées en France.

#### e. PULVÉRULENTS

Les substances en poudre sont rarement employées. Guéneau de Mussy se sert d'un tube en argent dans lequel se meut un piston; on charge l'instrument en tirant le piston en arrière et on remplit le tube de la poudre dont on veut faire

usage jusqu'à la hauteur du piston; on applique le tube contre l'orifice utérin et l'on pousse le piston; les poudres qu'on emploie sont les poudres d'iodoforme, d'alun, de calomel, etc.

*Manière d'employer les substances.* — Les applications de topiques doivent être répétées plus ou moins souvent, selon les indications de la maladie et l'agent employé. Quand on se sert de l'acide nitrique fumant, de l'acide chromique, de l'acide carbolique, il ne faut pas oublier que ces caustiques produisent des cicatrices profondes qui se contractent, ce qu'il faut éviter autant que possible. Aussi, ne faut-il pas les laisser longtemps au contact de la muqueuse; leurs applications doivent être superficielles, momentanées et espacées. Le nitrate acide de mercure et la potasse diffusible seront employés rarement. Mundé conseille le cautère actuel en remplacement des deux substances précédentes, parce que celui-ci ne provoque presque pas de douleurs et ne produit pas de cicatrices profondes; le phénol iodé et la teinture d'iode seront appliqués tous les deux jours; on doit agir de même avec tous les autres antiseptiques.

Le perchlorure de fer ne doit être appliqué qu'une ou deux fois. Quant aux crayons médicamenteux, on les laisse fondre dans le col ou on ne fait que les passer sur la muqueuse seulement, et tant que l'hémorragie ne se sera pas produite. Si l'on a affaire à un cas invétéré, il faut agir plus énergiquement et laisser par conséquent les crayons en place. Les crayons d'iodoforme, de tannin, se dissolvent facilement dans le col. Ceux dont la dissolution est lente produisent des contractions, cause de leur expulsion. Aussi faut-il apporter les plus grands soins à leur fabrication.







## CHAPITRE V

### MÉTHODE ET PROCÉDÉS DE LA MÉDICATION DE LA CAVITÉ DU CORPS

#### A. TOPIQUES

Les topiques sont employés sous forme de liquides semi-solides, solides et de poudres.

##### 1° LIQUIDES

On peut faire pénétrer les liquides jusque dans la cavité utérine de différentes manières :

- A, au moyen d'injections ;
- B, de badigeonnages ;
- C, de tampons médicamenteux.

##### A. Injections intra-utérines

*Appareil instrumental.* — Les injections devront être pratiquées à l'aide d'une petite seringue qui permet de mesurer le liquide qui entre dans la cavité. Les modèles de seringue qu'on a construits à cet effet sont nombreux; nous ne décrirons que celle de Braun, la plus usitée. Elle est semblable à celle de Pravaz; elle se compose d'un tube monté sur de la gomme

durcie ; sa canule, en forme d'hystéromètre, est munie d'une ouverture latérale par laquelle le liquide s'échappe ; elle est fixée sur le cylindre au moyen d'une vis ; la tige du piston est graduée.

D'ailleurs, la seringue est accessoire ; ce qui importe le plus dans l'injecteur, c'est la canule : il faut qu'elle mesure de 3 à 3 millimètres et demi de diamètre, ce qui correspond au numéro 10 de la filière Charrière, pour qu'elle puisse pénétrer facilement dans l'orifice interne du col, dont les dimensions sont de 4 millimètres de diamètre. Ainsi il reste un espace libre qui crée une voie de retour au liquide injecté.

Les modèles de la canule ne sont pas identiques. Gallard emploie une sonde molle de 3 millimètres de diamètre. Pajot se sert de canules à jets multiples et récurrents, pour éviter la projection du liquide sur la muqueuse. Leblond emploie une sonde de 2 millimètres de diamètre, percée à son extrémité, et présentant un léger renflement ; elle mesure 20 centimètres de longueur. Quelques auteurs emploient des sondes à double courant. La sonde de Budin est munie d'une gouttière extérieure, par laquelle le liquide s'écoule au retour.

La seringue de Braun fonctionne tant qu'elle est neuve ; mais, dès que l'on s'en est servi quelquefois, elle se détériore ; la canule joint mal avec le cylindre, l'orifice se bouche avec du mucus. Comme il faut déployer assez de vigueur pour le déboucher, la résistance cède subitement et le liquide entre dans la cavité avec force et en grande quantité. Quand l'orifice est un peu étroit, les caillots et les débris de la membrane ne sortent pas complètement. A la sonde de Pajot on peut imputer les mêmes défauts. Les sondes à double courant n'ont aucun avantage sur les sondes à courant unique ; le tube qui sert au retour du liquide se bouche très facilement et elles ont l'inconvénient d'être volumineuses.

Pour placer ces instruments, Doleris a imaginé une sonde

composée d'« un tube unique, en métal recourbé à la façon de pinces dont les branches sont exactement juxtaposées, et forment un circuit ouvert aux deux extrémités. L'une d'elles est munie d'un téton pour s'adapter après un conduit d'un appareil d'irrigation quelconque.

» L'extrémité libre est perforée pour permettre la sortie du liquide ; le tube lui-même est demi-cylindrique, de telle façon que la juxtaposition exacte des deux branches par leur côté interne forme un cylindre complet, régulier, et d'assez petit volume, pour être introduit dans le col le plus étroit. Un mécanisme très simple, placé près de l'extrémité extérieure, permet d'en écarter les branches après son introduction dans la matrice, à la façon des branches d'un dilatateur, et de les maintenir à l'écartement voulu. »

*Manuel opératoire.* — Avant de faire une injection, il faut connaître exactement l'état, l'axe et la susceptibilité de la cavité utérine. On place la femme dans la position française ; le col est mis à découvert au moyen d'un spéculum à valves ; on introduit alors doucement la sonde au moyen d'une pince à pansement utérin ; quand elle a pénétré de 5 à 6 centimètres (ce qu'on voit en mesurant la partie de la sonde qui reste dehors), et que l'on s'est assuré qu'elle joue librement dans l'orifice interne du col, on l'adapte à la seringue chargée d'eau à 35°, pour débarrasser la cavité des mucosités et mesurer sa capacité. Pour ce faire, on guette le moment précis pendant lequel l'eau injectée ressort par l'espace libre qui se trouve entre la sonde et l'orifice, et on regarde la division de la seringue, en déduisant la capacité de la sonde préalablement connue.

L'injection doit être poussée lentement, pour ne pas distendre la cavité et pour éviter la projection brusque du li-

quide contre ses parois ; il est bon même de s'arrêter de temps en temps.

Une fois la muqueuse débarrassée des produits de sécrétion, on dévisse la seringue, en ayant soin de laisser la sonde en place, et on la charge du liquide médicamenteux. On l'adapte de nouveau à la sonde, et on pousse l'injection de la même manière que l'eau chaude, jusqu'à ce que le piston arrive à la division qui indique la capacité utérine. Quand pourtant l'orifice est assez large pour laisser le liquide refluer sans difficulté, on peut injecter une quantité plus considérable, pour laisser se prolonger l'action du médicament.

L'injection finie, on aspire le liquide au moyen de la même seringue, et on la retire doucement du col, en recommandant à la femme le repos pendant quelques heures. Avec l'irrigateur en caoutchouc, l'on n'a pas besoin, en général, de prendre tant de précautions, surtout si l'on se sert de la sonde dilatatrice de Doleris. La projection du liquide n'est pas assez forte pour blesser les parois de la muqueuse.

Au moment de l'injection il survient une sensation de chaleur plus ou moins vive à l'hypogastre ; après les injections, de petites douleurs se font sentir ordinairement ; le ventre devient légèrement douloureux et un mouvement fébrile apparaît ; mais tous ces symptômes s'apaisent vite avec le repos et quelques cataplasmes laudanisés.

*Nature des liquides.*— Les substances qu'on emploie pour les injections sont : le perchlorure de fer au 30<sup>m</sup>e, la teinture d'iode, l'iodoforme mélangé à la glycérine (Leblond), l'azotate d'argent, le phénol iodé. Les deux premières ne provoquent pas de douleurs ; quant au nitrate d'argent, il faut l'employer rarement, à cause des coliques utérines auxquelles il donne naissance. Liebman emploie le perchlorure de fer dans la glycérine, parce que cette substance, coulant plus lentement,

laisse au médicament le temps d'agir plus longtemps. Schulz préconise la solution d'acide phénique à 2 pour 100.

B. — Badigeonnages

Les instruments qui servent à badigeonner l'endomètre sont différents selon que l'endomètre seul est malade, ou que le col est intéressé en même temps. Pour badigeonner l'endomètre sans toucher au col, Woodbury, Nonat, Barnes, etc., ont inventé des instruments particuliers.

1° *Instrument de Woodbury*. — Il se compose d'un tube en verre en forme de S italique parcouru par un fil métallique flexible, recouvert de gutta-percha et terminé à son extrémité inférieure par un armement et à l'autre par de la ouate.

Voici comment on s'en sert. Après avoir nettoyé la cavité et s'être fixé sur la direction, on imbibe le tampon qui termine la tige, et on la retire de façon à ce qu'elle soit enfermée dans le tube qu'on a nettoyé d'avance, et l'on pénètre dans le col.

Quand il est arrivé à l'orifice interne, on pousse la tige ; après avoir badigeonné la cavité, on fait rentrer le tampon dans le tube, et on le retire comme si c'était une sonde utérine.

2° *Instrument de Nonat*. — Il consiste en un tube fermé par un embout, et présentant un renflement à quelques centimètres de son extrémité supérieure, qui lui sert de point de repère ; on introduit l'instrument dans le col, et lorsque le tube a franchi l'orifice interne, on retire l'embout et on fait pénétrer le pinceau chargé de la solution médicamenteuse.

3° *Graphidomètre de Mesnières*. — Ce sont deux tubes concentriques, dont l'un, extérieur, sert de gaine à un pinceau fixé à l'extrémité du tube intérieur ; on envoie la solution dans le tube intérieur, au moyen d'une seringue ; le pinceau

est ainsi imbibé, et le tube sur lequel il est fixé est poussé de façon à le faire saillir dans la cavité.

4° *Instrument de Barnes*. — Il est formé d'un tube de caoutchouc durci présentant la même courbure que l'hystéromètre, et dans lequel glisse un piston. Pour s'en servir, on garnit l'intérieur du tube d'une éponge imbibée de la solution ; on presse le piston qui comprime l'éponge, et le liquide est ainsi exprimé.

L'instrument de Nonat a l'inconvénient de rentrer difficilement, parce qu'il est rectiligne, et le graphidomètre de Mesnières, qui présente le même inconvénient, a le désavantage d'être d'un prix trop élevé ; d'ailleurs on peut se servir d'un simple pinceau, en ayant soin de protéger la cavité du col au moyen d'un spéculum intra-utérin. Quand le col est intéressé en même temps que l'endomètre, on peut se servir de sondes à vrille et en général de tous les instruments qui servent aux applications du col.

#### C. — *Tampons médicamenteux*

On emploie les tampons utérins pour prolonger l'action du médicament appliqué sur la cavité utérine, ou plus rarement pour arrêter une hémorragie. Kristeller emploie pour le tamponnement une sonde quadrangulaire à angle mousse dont on enroule l'extrémité utérine de coton, en ayant soin de passer entre celui-ci et la sonde un fil au moyen d'une aiguille, afin de pouvoir le retirer. On imbibe le coton de la substance médicamenteuse, et après avoir mis à nu et abaissé le col au moyen d'un tenaculum, on l'introduit jusqu'à l'orifice interne ; alors on pousse le coton, qui tombe dans la cavité, au moyen d'une petite et mince béquille.

Hegar et Kaltenbach ont aussi inventé un instrument

pour le tamponnement utérin ; c'est une sonde dont l'extrémité renflée est percée d'un orifice dans lequel ils passent un fil attaché au tampon. Ils introduisent la sonde dans la cavité et tirent sur la ficelle jusqu'à ce que le tampon y ait pénétré ; cela fait, ils retirent la sonde.

Les pinces à pansement utérin peuvent servir à porter les tampons dans l'utérus, pourvu que l'orifice du col soit dilaté. Quand on veut protéger du caustique une partie de l'utérus, on l'enduit d'un corps gras.

Billroth emploie comme tampons des morceaux de gaze iodoformée, de la largeur d'un doigt ; comme l'utérus se contracte et peut les expulser, il est bon de les maintenir par un tampon vaginal.

Les tampons doivent rester en place pendant douze ou vingt-quatre heures ; on les enlève en tirant sur les fils auxquels ils sont attachés. Si par hasard ils se sont incrustés, on les décolle en injectant un peu d'eau chaude dans la matrice. L'introduction des tampons exige une dilatation préalable et provoque des coliques très fortes. Aussi Billroth recommande-t-il de les employer quand on a affaire à des utérus torpides.

## 2° DEMI-SOLIDES

Les pommades ou glycérolés qu'on emploie sont portés sur l'endomètre avec l'instrument de Barnes, que nous avons décrit à propos des badigeonnages, au moyen de tampons intra-utérins ou de l'hystéromètre injecteur de Camuzet, composé d'un tube en forme d'hystéromètre vissé sur un manche en bois et terminé par un bouton légèrement renflé. Quand on veut s'en servir pour l'injection d'une pommade on dévisse le manche et on adapte à sa place un tube en étain pareil à celui qui sert aux peintres pour enfermer leurs cou-

leurs, et qui contient la pommade médicamenteuse ; on introduit la sonde jusqu'à une profondeur déterminée au moyen d'un curseur, et on presse le tube ; la substance est ainsi portée dans la cavité. En se servant de cet instrument, il est bon d'employer des pommades un peu fluides.

Leblond a imaginé un porte-pommade qui ressemble à celui de Barnes. Après l'introduction de la pommade, on fait un tamponnement vaginal, dans le but de la maintenir dans la cavité utérine.

Les substances employées sont les mêmes que pour les autres procédés ; les pommades sont peu en usage.

### 3° SOLIDES

Nous avons décrit, à propos de la médication du col, la plupart des procédés pour introduire les substances médicamenteuses à l'état solide. Les porte-caustique de Siderey et de Leblond servent dans les cas où la cavité entière est malade ; mais quand on veut protéger le col on se sert : 1° des spéculums utérins à deux valves en gomme durcie ou en ivoire ; 2° du porte-caustique Lallemand, en forme de cuiller, composé d'une cuiller fixée sur une tige d'argent se mouvant dans un cylindre. La cuiller, dans laquelle se trouve enchâssée la substance, est cachée jusqu'à ce que l'orifice interne ait été dépassé ; ensuite elle est repoussée dans la cavité utérine. 3° Le porte-pierre, formé d'une gousse de platine fenêtrée contenant la substance, est fixé sur un manche par une vis.

Nous ne faisons que mentionner le porte-caustique de Scanzoni et le pistolet de Martin, qui est construit de telle façon que l'on peut pousser, dans la cavité utérine, le crayon médicamenteux qui s'y dissout. Il faut avoir soin de se ser-

vir des instruments solides, surtout si l'on se sert du porte-caustique de Lallemand, parce que, sous l'influence du caustique, la soudure de la tige avec la cuiller se détruit, et cette dernière peut rester dans l'utérus. Quand on pratique une cautérisation, il est bon de se servir du spéculum et de protéger la portion vaginale du col avec du coton.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à propos des crayons en parlant de la médication intra-cervicale. Quant aux poudres, elles sont introduites au moyen de l'instrument de Guéneau de Mussy, que nous avons décrit ailleurs. On imbibe une tente dans la gomme arabique, et on l'enroule dans la poudre médicamenteuse, ainsi que dans le procédé de Pajot.

Les façons d'appliquer les topiques sur l'endomètre sont, comme on le voit, à peu près les mêmes que celles de l'endocervix ; mais les substances médicamenteuses et surtout caustiques, portées sur la muqueuse interne du corps, sont plus dangereuses, et leurs applications méritent des soins plus attentifs ; elles donnent des coliques violentes, mais rarement l'hémorragie. Un écoulement jaune et brun se produit, et la muqueuse reste irritée pendant longtemps ; aussi est-il bon de conseiller le repos après une cautérisation et de surveiller la malade de près.

*Nature des substances.* — Les agents thérapeutiques en usage sont : les caustiques doux ou forts, comme le nitrate d'argent, l'acide phénique, le phénol iodoformé, l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure, le brôme, le chlorure de zinc ; les astringents : alun, tannin, perchlorure de zinc, teinture d'iode, les antiseptiques, salol, thymol iodoformé, permanganate de potasse, glycérine créosotée. Leur mode d'emploi est le même que pour le canal cervical.

*Pessaires intra-utérins.*

L'usage des pessaires intra-utérins, conseillés d'abord par Amussat et défendus par Simpson et Valleix, ont été condamnés par Broca, Cruveillier, Depaul et Scanzoni ; Martin, de Berlin, les remit en honneur. Ce sont des tiges qu'on introduit dans la cavité de l'utérus et qui sont supportées par une partie renflée.

1° Le pessaire de Simpson est formé d'une tige métallique en zinc à sa partie supérieure, et en cuivre à sa partie inférieure, en vue de produire un dégagement électrique. La tige, également en cuivre, porte une boule. Son calibre peut varier, afin de s'adapter à l'orifice interne ;

2° Le pessaire d'Eklund se compose d'une tige de zinc de quatre à six centimètres de longueur, soudée à une plaque du même métal ;

3° Le pessaire de Valleix consiste en une tige supportée par un pessaire vaginal de caoutchouc souple retenu en place au moyen d'un mécanisme compliqué ;

4° Le pessaire de Greenhalgh est en caoutchouc simple ; son tube est fermé à son extrémité utérine ; mais, à un centimètre d'elle, il porte quatre fentes longitudinales et forme un renflement pareil aux crevés qu'on portait jadis aux manches. Autrefois, pour retenir cet instrument en place, on le fixait à l'aide d'un appareil externe uni à une ceinture, comme dans celui de Valleix.

Ces appareils compliqués sont aujourd'hui complètement abandonnés. Les tampons d'ouate appliqués en avant dans les cas de rétroversion, et en arrière dans l'antéversion, suffisent parfaitement à soutenir les pessaires intra-utérins ; quelquefois, surtout quand on a affaire à une rétro-

version, on introduit des anneaux propres à corriger cette affection. On a cherché à unir les anneaux aux pessaires intra-utérins.

1° Simpson a fait construire à cet effet un anneau de bois, au milieu duquel la tige est fixée au moyen d'un ressort, de façon qu'il puisse se déplacer et arriver à former un angle droit.

2° Studley emploie un anneau de Hodge, dont les branches sont unies par une bande de caoutchouc, sur laquelle la tige intra-utérine est fixée. La tige du pessaire ne doit pas être longue : elle doit dépasser l'orifice interne sans toucher le fond de la matrice, qui pourrait, en se ramollissant, se perforer.

*Manière de les introduire.* — On met à nu l'orifice du col à l'aide d'une valve de Sims ; le col est saisi par un tenaculum et baissé jusqu'au voisinage de l'orifice vaginal ; on tient le pessaire par sa base, entre le pouce et l'index, et on l'introduit dans le col de deux centimètres environ. Quand le canal du vagin est trop étroit pour permettre cette manœuvre, on introduit dans le pessaire une tige s'il est creux ; autrement, on attache cette tige à sa base, et ainsi on l'introduit.

Une fois la tige pénétrée on trouve quelquefois de la difficulté à la pousser plus avant ; dans ce cas, il suffit d'introduire l'index de la main gauche bien haut dans le rectum jusqu'à ce qu'il touche le col ; alors avec le pouce de la même main, qu'on glisse dans le vagin, on presse sur le pessaire.

La tige introduite, un tampon vaginal est placé pour la maintenir ; il est bon d'attacher au pessaire un long fil pour que la malade puisse le retirer seule au cas où des douleurs surviendraient.

Si l'on se sert d'une tige fixée à un pessaire vaginal comme celui de Simpson, modifié par Martin, dans la rétroflexion, elle doit être repliée en arrière et introduite dans l'orifice du

col ; on introduit l'anneau doucement jusqu'à ce que la tige ait pénétré dans la cavité ; alors on déplie tout le pessaire. Ainsi la tige inclinée en arrière décrit un mouvement de bascule en avant ; dans l'antéflexion, l'inclinaison est moins marquée. Ce traitement doit être commencé peu après la période menstruelle. Le pessaire, quand il est bien supporté, peut rester pendant trois mois et plus dans la matrice ; il n'est pas besoin de le retirer pendant la période menstruelle quand elle n'est pas accompagnée de douleurs. La femme, après l'application de l'instrument, doit garder le lit pendant plusieurs jours et ne reprendre sa vie ordinaire que progressivement, si la tige est bien supportée et s'il n'existe aucune douleur. Dans le cas contraire, il faut immédiatement enlever la tige. Le médecin doit recommander la modération dans le coït. Au commencement, les pessaires provoquent un gonflement du col, une hypersécrétion de la muqueuse, et les règles deviennent plus abondantes que d'habitude ; mais cet état diminue petit à petit, la sécrétion devient moindre, le col petit, les règles peu abondantes, et les signes de compression dus aux anomalies de la direction et de la situation disparaissent.

#### **B. Opérations pratiquées dans la cavité utérine**

Les opérations qu'on pratique sur la muqueuse interne de l'utérus sont :

- 1° Le râclage ;
- 2° L'écouvillonnage ;
- 3° Les scarifications ;
- 4° La galvano-caustique chimique.

1° *Râclage*

C'est Récamier qui, le premier, proposa le râclage utérin pour l'ablation des fongosités de la muqueuse interne. Il se servait d'une curette composée d'une tige métallique, de 26 centimètres de longueur, et du volume d'une plume d'oie. Cette tige a la forme d'un S italique, et présente, à chacune de ses extrémités, une gouttière à bords légèrement tranchants. Son emploi donna de bons résultats entre les mains de Récamier ; mais la publication de trois cas où il avait causé la perforation de l'utérus le fit tomber en discrédit.

Plus tard Simon a étendu l'emploi de la curette au traitement du cancer de la matrice, et a inventé sa curette, qui est formée d'une tige en acier, qui se termine en une petite cupule à bords tranchants. Cette cupule a des dimensions variables et est supportée par un manche.

Sims a fait construire une curette, qui a la même forme que la précédente, mais dont la tige, en argent, est graduée et flexible, afin de s'adapter plus facilement à la direction de l'utérus.

L'instrument de Gaillard-Thomas se compose d'une tige, en cuivre souple, qui est épaisse de 5 millimètres près du manche, et de 2 millimètres à 4 centimètres de son extrémité, où elle forme une sorte de ganse, qui va en diminuant d'épaisseur sur le bord interne, qui devient tranchant. Elle mesure 14 centimètres, et elle est supportée par un manche long de 9 centimètres. Simpson y a ajouté une saillie à 6 centimètres de son extrémité ; ce qui permet de manœuvrer avec plus de précision et de sécurité.

La curette de Récamier et celle de Thomas sont employées surtout dans l'endométrite villeuse, dans les sarcomes, dans

la rétention des morceaux placentaires après avortement et dans la dysménorrhée membraneuse. Ces curettes rendent aussi des services quand il s'agit de diagnostiquer une maladie intra-utérine. On râcle quelques débris du tissu pathologique qu'on porte sous le microscope. La curette de Simon est indiquée dans les cas de cancer du col, mais point dans les opérations pratiquées dans la cavité utérine.

*Manuel opératoire.* — Avant de faire l'opération, il faut être sûr qu'il n'existe pas d'inflammation récente. Doleris fait des irrigations antiseptiques dans le vagin, deux ou trois jours avant l'opération.

On place la malade dans le décubitus dorsal, position qui est préférable à la semi-pronation pour le palper abdominal. Avant de commencer le curage il est bon de s'assurer de la direction du conduit utérin par le cathétérisme. Le râclage utérin n'est pas douloureux ; la chloroformisation est, par conséquent, inutile ; à moins qu'on n'ait affaire à une personne impressionnable et nerveuse.

On baisse le périnée au moyen d'une valve de Sims et on fait un dernier lavage vaginal. On fixe par sa lèvre antérieure, avec un tenaculum, et on baisse le col ; on introduit de la main droite la curette, à la manière de la sonde utérine, en ayant soin de saisir de la main gauche le fond de la matrice, à travers la paroi abdominale.

Quand on a senti l'instrument de la main qui est posée sur l'abdomen, on râcle fort en dirigeant la curette vers tous les points de la muqueuse. On retire l'instrument, qui ramène des débris ; on l'introduit une seconde fois, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il ne reste plus rien dans la cavité, et qu'on entende un bruit de grincement, qui avise qu'on est sur le parenchyme.

Doleris conseille de retirer la curette le moins possible, parce qu'à chaque reprise le col se rétrécit, et l'introduction devient de plus en plus difficile. Il faut continuer le râclage jusqu'à ce qu'on ait obtenu une surface extrêmement lisse.

Il semble quelquefois à l'opérateur que la curette s'enfonce trop dans la cavité utérine ; cela tient à ce que le parenchyme, étant souvent ramolli, se laisse facilement allonger, aux dépens de sa largeur.

Une fois l'opération terminée, il faut nettoyer la cavité de la matrice. Certains opérateurs font une injection antiseptique. Hegar et Kaltenbach cautérisent la surface de la cavité avec un pinceau imbibé dans l'acide nitrique fumant, après avoir complètement débarrassé la cavité des caillots et débris, au moyen de bâtonnets en bois, dont l'extrémité présente une série d'entailles circulaires, pour y enrouler et fixer de la ouate.

Doleris procède autrement : après l'opération, il passe à plusieurs reprises, dans la cavité utérine, un écouvillon, injecte une solution de sublimé au deux-millième et repasse un écouvillon doux chargé de glycérine créosotée. Pour finir le pansement il saupoudre d'iodoforme le col et met dans le vagin un tampon imbibé dans de la glycérine iodoformée,

La douleur est minime après le curage et l'hémorragie fort peu marquée. On a rarement observé la péritonite et la métropéritonite.

*Précautions post-opératoires.* — Il faut maintenir l'asepsie complète du vagin, et ordonner à la femme de tenir le décubitus dorsal pendant quelque temps. Si par hasard des douleurs survenaient, elles seraient combattues par les lavements laudanisés, les cataplasmes et les opiacés. Doleris fait des frictions de térébenthine pure, sur le ventre, jusqu'à rubéfaction de la peau.

## 2° *Ecouvillonnage*

Doleris a inventé, récemment, un instrument en vue de nettoyer la cavité utérine des mucosités, d'y porter des substances médicamenteuses et d'enlever les restes placentaires enfermés dans cette cavité, après un avortement ou une parturition. C'est une espèce de brosse, dont les crins sont absolument égaux, et d'égale résistance. La tige qui supporte ces crins est pliée en deux. L'anse qu'elle forme est également et uniformément recouverte par eux.

Quand on veut se servir de cet instrument pour nettoyer simplement le conduit utérin, ou pour y porter un topique, on choisit un écouvillon (c'est le nom qu'il a donné à cet instrument) à crins doux, qu'on trempe dans une solution chaude de sublimé au millième. Mais quand il s'agit de détruire et de râcler la muqueuse, l'écouvillon doit être dur, et non trempé dans l'eau chaude, qui ramollit ses crins.

Cet instrument, comme on le voit, peut tenir lieu de porte-topique et de curette en même temps. Il est moins dangereux que celle-ci, mais il exige une dilatation préalable.

*Mode d'emploi.* — On place la femme dans le décubitus dorsal et on met à découvert le col, qu'on fixe au moyen d'un tenaculum.

Après avoir chargé l'écouvillon de la solution qu'on désire, et à laquelle on donne une consistance sirupeuse, on le fixe sur une pince à pansement utérin, et on l'introduit dans le canal cervical en lui imprimant des mouvements spiroïdes. On a soin de tenir le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale.

Quand l'écouvillon a dépassé l'orifice interne, on dirige les mouvements en tous sens, et on le retire de la même manière qu'il a été introduit. On continue cette manœuvre, jusqu'à ce que l'instrument ne ramène plus de débris. Alors, on introduit un écouvillon doux chargé d'une substance caustique ou antiseptique. Doleris emploie la glycérine créosotée au dixième.

L'écouvillonnage ne donne pas d'hémorragie ni de douleur; avec lui on ne court pas le risque de perforer la matrice; mais malheureusement il n'est utile que dans les cas d'endométrite, et dans la rétention des fragments placentaires qui se détachent facilement. Pour les grosses fongosités la curette seule est indiquée.

#### 4° Scarifications

Les scarifications sont pratiquées quand on veut produire une déplétion de la matrice. Huguier les pratiquait quand il voulait faire agir le nitrate d'argent plus profondément. Les scarifications ont été faites dans le canal cervical. Aucun fait, que nous connaissions, de scarification de la muqueuse du corps ne nous a été rapporté.

*Manuel opératoire.* — Voici comment notre maître, M. le professeur Chalot, procède. Après avoir fait un lavage antiseptique du vagin, il fixe et abaisse le col à l'aide d'un tenaculum. Il introduit dans le canal un ténotome, dont la lame, longue de 3 centimètres environ, est courbe et présente un bord convexe tranchant et une extrémité mousse. Une fois le ténotome introduit, il l'attire vers lui, en appuyant un peu sur la muqueuse; il le pousse une seconde fois, en ayant soin

de tourner l'instrument de façon à ce que son bord tranchant corresponde à un autre point du canal ; il le ramène encore vers lui en appuyant, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il ait fait 10-12 incisions. Alors il applique le caustique au moyen d'un pinceau ou d'une sonde enroulée de coton, et fait un lavage antiseptique du vagin.

#### 4° *Galvano-caustique chimique*

Le D<sup>r</sup> Apostoli a proposé en 1886 un traitement intra-utérin nouveau : la galvano-caustique chimique. « Il applique à l'utérus un courant de pile, à l'état constant, à dose suffisante pour détruire la muqueuse, et pour produire une dérivation salutaire ».

Par cette méthode il se propose :

- 1° D'établir un exutoire de dérivation intra-utérin qui doit aider énergiquement à la résorption des exsudats ;
- 2° D'utiliser les propriétés inhérentes à chaque pôle ;
- 3° D'utiliser toute l'action locale et générale du courant ;
- 4° De permettre au courant de traverser l'utérus dans sa totalité.

Il se sert : 1° d'un galvanomètre à 250 divisions milliampères ; 2° d'une pile au chlorhydrate d'ammoniaque de Leclanché (20 à 30 grands éléments) ou de la pile portative au bisulfate de mercure ; 3° d'un électrode intra-utérin (de cuivre pour le pôle négatif et de platine pour le positif) qui a la forme d'un hystéromètre. « Il est porté par un long manche dans le centre duquel il s'engage, et il est muni d'un manchon, mauvais conducteur de l'électricité, de la longueur de dix centimètres, destiné à isoler l'électrode en sortant de l'utérus et à garantir ainsi le vagin ». Ce manchon est fait de

celluloïde, qui ne se laisse pas imprégner par les matières septiques du vagin, et résiste assez dans l'eau bouillante pour être nettoyé. 4° D'un électrode cutané qui consiste en une large couche de terre glaise assez humide pour mouiller suffisamment la peau. Cette terre doit être plastique, molle, et avoir une surface uniformément et convenablement épaisse.

Pour préparer la couche il faut un cadre rectangulaire, en bois ou métallique, sur lequel on applique une couche de tarlatane mouillée. On tasse dans ce cadre, ainsi recouvert de tarlatane, de la terre ramollie, dont on égalise la couche en passant sur sa surface un couteau. On soulève la tarlatane, qui supporte la terre, et on l'applique sur le ventre. Le contact avec le rhéophore s'effectue au moyen d'une large plaque métallique, soudée au rhéophore, qu'on juxtapose sur la face supérieure de la couche, avec une légère pression.

Avec cette couche large et humide, le courant ne se diffuse pas, parce qu'il ne rencontre pas de la résistance vers la peau, qui, mouillée, devient bon conducteur. Par conséquent il devient supportable, en ne se transformant plus ni en chaleur ni en mouvement.

*Manuel opératoire.* — Avant tout, il faut essayer toutes les parties de la machine électrique, depuis l'électrode jusqu'à la pile et le galvanomètre. Quand on s'est assuré que tout fonctionne bien, on fait une antisepsie vaginale aussi complète que possible.

On place la femme dans la position dorsale, et on introduit jusqu'au fond de la matrice l'hystéromètre électrode, qu'on retient avec le doigt qui se trouve dans le vagin. On s'assure que le vagin est bien protégé par le manchon en celluloïde, et l'on fixe assez solidement le rhéophore à l'excitateur utérin.

On commence l'opération en faisant fonctionner les couples, un par un, jusqu'à ce qu'on arrive à une force de 30 milliampères. Si la femme tolère le courant, on augmente progressivement la force jusqu'à 100 milliampères. Mais il faut bien se garder d'arriver à ce chiffre, dès la première séance. Quand on cesse l'opération, il ne faut pas interrompre le courant tout d'un coup ; toute interruption brusque est nuisible, à cause du choc qu'elle produit et de la contraction douloureuse consécutive de l'utérus.

Le minimum de la durée de l'opération est de 3 minutes, et le maximum, de 20. Mais le premier est inefficace, et le second dangereux et intolérable. Il faut observer une juste moyenne, et faire durer le courant de 5 à 10 minutes. A la moindre douleur, un peu durable, que la femme accuse, il faut interrompre le courant.

Le nombre des opérations ne peut pas être limité ; car tel mal guérit vite, et tel autre met un temps infini à disparaître. En général, à maladie chronique, traitement chronique. Quant à la fréquence de sa répétition, elle dépend de la gravité de la maladie et des conditions sociales dans lesquelles la patiente se trouve. Une personne riche, qui n'est pas obligée de travailler, et peut, par conséquent, garder le repos après l'opération et suivre toutes les recommandations du médecin, pourra être soumise plus souvent au traitement.

A la suite de l'opération, la femme accuse souvent des coliques assez fortes, proportionnelles à l'intensité de l'opération ; un écoulement sanguinolent ou séro-purulent peut paraître les jours suivants. On a soin de recommander à la malade de rester allongée pendant quelques heures après l'opération, et d'éviter le coït et la fatigue ou tout mouvement brusque.

C'est ainsi que le D<sup>r</sup> Apostoli traite l'endométrite et la métrite parenchymateuse. Dans la première, les lésions de la muqueuse sont criantes, et attirent l'attention du médecin. Rien de plus juste que de la détruire par les diverses médications intra-utérines. De tous les autres topiques, il préfère la galvano-caustique chimique, parce que son application est facile, rapide et pas nuisible. La cautérisation, par ce moyen, se fait progressivement et, en même temps, activement. Elle est dosable et localisable.

Dans la métrite parenchymateuse, la muqueuse, à la première période, est aussi malade que le reste. Et quand l'utérus est arrivé à être petit, ratatiné, les vaisseaux sont détruits, et le tissu conjonctif, de jeune qu'il était à la première période, est devenu dur et fibrillaire. Par ce moyen, il active l'échange nutritif et précipite la résorption des exsudats.

Apostoli emploie le pôle positif dans les formes hémorragiques et ulcératives, et le négatif dans les autres cas.







## CHAPITRE VI

### INDICATIONS

Toute méthode a ses indications et contre-indications.

Sans cette condition, elle est inefficace, si elle n'est pas nuisible. C'est surtout sur la médication intra-utérine, que le médecin doit porter toute son attention, à cause des conséquences terribles qu'elle peut entraîner.

La matrice est un organe délicat, et surtout capricieux. Elle ne supporte pas la moindre manœuvre dans tel cas, et dans tel autre elle se laisse faire sans réagir ; il y a des conditions qui ne permettent pas de toucher à l'utérus, sous peine de voir survenir des accidents graves, et souvent mortels. Le moindre vestige d'une inflammation ancienne, tel que l'immobilité de la matrice, la présence des masses durcies dans les ligaments larges, doivent écarter toute idée d'intervention interne. L'inflammation, endormie, peut se réveiller sous l'influence de cette médication, et une péritonite mortelle en résulter.

Les déviations, un état inflammatoire aigu de l'utérus ou de ses annexes, comme l'ovarite, la salpingite, la paramétrite, sont des contre-indications absolues. Aussi, il faut bien se rendre compte de l'état actuel de tous les organes génitaux de la femme, avant d'entreprendre un traitement interne, et

ne pas oublier, quand on y est décidé, que tous les procédés, ni tous les topiques, ne sont pas également utiles dans tous les cas.

La médication intra-utérine est indiquée dans le catarrhe du col, l'endométrite chronique, la métrite parenchymateuse, l'endométrite fongueuse, la dysménorrhée, la ménorragie, le cancer de la muqueuse interne, et en général, dans toutes les maladies de la muqueuse cavitaire, à la condition qu'aucune contre-indication de celles que nous avons plus haut mentionnées ne se présente.

Voyons maintenant dans quelles circonstances et dans quel but on emploie tel ou tel topique, avant d'aborder la question des procédés.

#### 1° INDICATION DES TOPIQUES

Les substances qu'on emploie pour agir localement sur la muqueuse utérine sont caustiques, astringentes et antiseptiques.

##### *Caustiques.*

Les caustiques sont : le nitrate d'argent, l'acide phénique pur, l'acide nitrique, l'acide chromique, le nitrate acide de mercure, le chlorure de zinc, etc.

Ils modifient heureusement la muqueuse, dans le cas de catarrhe chronique cervical et d'endométrite.

Ils sont utiles dans les hémorragies, la métrite chronique et le cancer. Les caustiques agissent en détruisant les tissus malades plus ou moins profondément, et modifient la muqueuse.

Les caustiques acides, comme l'acide azotique, chronique, ou nitrate acide de mercure, sont excellents quand il faut agir profondément ; mais ils ont l'inconvénient de former des eschares solides, qui sont une barrière insurmontable à l'excrétion des produits septiques, et qui laissent après leur élimination des cicatrices larges et profondes.

Les caustiques alcalins forment des eschares molles, qui s'éliminent vite ; en outre, ils sont plus diffusibles, pénètrent dans les tissus, et se propagent à distance.

Le nitrate d'argent est inefficace quand la sécrétion est abondante, parce qu'il se neutralise avec les chlorures du mucus, et perd toute son action.

En général, les caustiques forts ne sont appliqués sur la muqueuse que dans un cas pressant et grave. Ils sont plus impunément appliqués dans le canal cervical.

#### *Astringents.*

Les astringents sont employés dans le même cas que les précédents ; en outre dans la ménorrhagie et la métrorrhagie. Mais là où leur emploi est mieux indiqué, c'est après la chute des eschares formées par les caustiques. On emploie le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc, le tannin, la teinture d'iode, le perchlorure de fer, surtout pour les hémorragies, en solution de Pravaz à 30° ou avec la glycérine (Liebman) à parties égales.

#### *Antiseptiques.*

Autrefois dans l'agent antiseptique on ne considérait que son pouvoir microbicide ; mais, dans l'état actuel de la science,

il faut prendre en considération son pouvoir toxique sur la cellule et son action neutralisante sur les ptoméines que le microbe engendre.

Il y a des antiseptiques qui ont un pouvoir microbicide extrême, mais en même temps ils détruisent les tissus profondément ; il y en a qui coagulent l'albumine et d'autres qui détruisent peu ou point de tissus, en même temps qu'ils ont une action sur le microbe.

Les antiseptiques sont ceux qui sont le plus souvent employés en gynécologie ; ils ont une action salutaire sur les inflammations, ils préviennent l'infection, et contribuent à la prompte cicatrisation d'une plaie traumatique ou opératoire ; ils sont, par conséquent, indiqués dans presque tous les cas aigus et chroniques d'inflammation, dans l'endométrite et le catarrhe de la cavité entière, et ils entrent dans tous les pansements portés dans cette cavité.

Les antiseptiques tiennent une place tellement large dans le traitement chirurgical, que le médecin qui n'a pas fait une antisepsie complète est responsable des accidents infectieux qui peuvent survenir après une manœuvre opératoire.

#### INDICATIONS DES PROCÉDÉS

*Injectons intra-utérines.* — Les injections intra-utérines sont indiquées dans la métrite chronique et l'endométrite. Dans les fongosités, qui sont le résultat de cette dernière maladie, elles ont donné quelques bons résultats. Dans les fibromes ou sarcomes intra-utérins, quand la vascularisation excessive de la membrane muqueuse qu'ils occasionnent provoque des hémorragies inquiétantes, une injection de perchlorure

de fer arrête l'écoulement sanguin, et fait cesser les accidents graves qui en sont la conséquence. Quelquefois les convalescentes de fièvres graves sont prises de métrorragies essentielles, qui sont justiciables du même traitement.

Dans le cancer, quand la cavité devient anfractueuse et que le liquide porté par le pinceau ne touche pas tous les points de la muqueuse, les injections remplissent ce but. Courty a conseillé ce procédé dans la dysménorrhée membraneuse. Il injectait une solution de nitrate d'argent ou de teinture d'iode. Après un curage, beaucoup de chirurgiens font une injection caustique ou antiseptique dans la cavité utérine ; dans la ménorrhagie, lorsque la période menstruelle est prolongée au delà du terme physiologique et menace de se prolonger, ou encore lorsque les règles sont trop abondantes, les injections de perchlorure de fer, de 10 à 15 gouttes, ou d'ergotine seront utiles quand les injections chaudes vaginales et le tamponnement n'auront pas réussi. Mais, dans ce cas, il faut se souvenir que c'est le moment des règles, que l'utérus est congestionné et prêt à s'enflammer ; aussi il ne faut pratiquer les injections que quand le terme physiologique a pris fin depuis quelques jours.

Les injections de perchlorure de fer, dans les hémorragies post-puerpérales, immédiatement après l'accouchement, sont excessivement dangereuses ; car, l'utérus se distendant, le liquide peut entrer dans les trompes et occasionner une péritonite ; en outre, en ce moment, les vaisseaux de l'utérus sont encore béants et l'introduction du perchlorure de fer dans les veines est facile.

*Contre-indications.* — Toute inflammation de l'utérus ou de ses annexes est une contre-indication formelle. Une inflammation ancienne, dont il ne reste même que des traces, peut se réveiller sous l'influence de l'injection. Dans la flexion,

les injections sont autrement dangereuses. En effet, dans ce cas, les trompes étant souvent dilatées, le passage du liquide dans le péritoine se produit facilement. La grande irritabilité de l'utérus, reconnue préalablement au moyen d'une injection d'eau tiède, la période menstruelle ou une version marquée sont aussi des contre-indications.

## 2° *Pinceaux*

Les badigeonnages caustiques sont indiqués dans les mêmes cas que les injections ; mais les pinceaux ont des désavantages sérieux. Le caustique ne rentre pas en totalité dans la cavité, parce que le coton qui en est chargé s'égoutte en passant par le canal, et la solution coule le long de la lèvre inférieure du col. D'un autre côté, quand on a affaire à une muqueuse remplie de villosités, et dont la surface est anfractueuse, le liquide n'arrive plus sur tous ces points. En somme, les pinceaux peuvent rendre des services dans les cas d'inflammation du canal cervical, et quand on veut cautériser une cavité agrandie et devenue lisse par un curage ou un écouvillonnage préalables. On emploie alors le pinceau trempé dans l'acide phénique pur (Hart) ou dans la glycérine créosotée (Doleris).

Dans les catarrhes chroniques à sécrétion abondante, dans la subinvolution de l'utérus, dans la ménorragie avec gonflement et hyperplasie de la muqueuse, la sonde entourée de coton, qu'on plonge dans l'acide azotique fumant, rend de réels services ; pourtant Mundé ne l'a jamais appliqué au-delà de l'orifice interne.

Quand l'hémorragie est rebelle, on a recours au tampon utérin. Le D<sup>r</sup> Rheinsteidter (de Cologne), dans son ouvrage, dit que par l'application hebdomadaire d'une solution de

chlorure de zinc au cinquième, il a toujours guéri le catarrhe utérin dans l'espace de deux ou trois mois. Les contre-indications sont les mêmes que pour les injections intra-utérines.

### 3° *Crayons*

Les caustiques solides sous forme de crayons sont employés dans les mêmes cas que les caustiques liquides. Dans l'endométrite légère l'application simple d'un crayon peut suffire ; mais quand on a affaire à une endométrite invétérée, ancienne, il faut laisser les crayons se fondre dans la matrice. On peut cautériser au moyen des crayons après l'avortement si des fragments de l'œuf ou des membranes sont retenues dans la cavité utérine et produisent des hémorragies, et après l'ablation d'une tumeur. Mais dans ces cas les agents médicamenteux solides sont moins efficaces que les injections intra-utérines et on ne les emploie que quand ces dernières sont contre-indiquées.

Les crayons de nitrate d'argent sont dangereux et provoquent des douleurs dans les endométrites. Barnes conseille les crayons au sulfate de zinc. Quant à ceux de l'iodoforme, ils sont bons seulement pour les formes légères.

Les crayons sont moins efficaces dans l'endométrite fongueuse que les injections et l'application de l'acide azotique fumant. La dysménorrhée membraneuse a été rarement combattue par les crayons caustiques.

Le choix des procédés pour l'application des topiques est laissé libre au médecin traitant, à moins que des indications formelles n'imposent tel ou tel procédé (ce qui est rare). La plupart du temps, tel gynécologue préfère les injections intra-utérines aux crayons et aux pinceaux ; tel autre les consi-

dère excessivement dangereuses. Il en est de même pour les topiques. Entre les divers procédés, comme entre les divers topiques, l'opérateur peut librement choisir celui qui lui convient le mieux, en ayant soin de le pratiquer selon toutes les règles et avec toutes les précautions voulues.

#### 4° *Râclage*

L'emploi de la curette est indiqué dans les cas de sarcome intra-utérin, dans le carcinome qui s'est développé sur la muqueuse de la cavité primitivement, ou par extension. L'intervention dans ce dernier cas n'est que palliative; mais elle épargne à la malade des hémorragies qui affaiblissent et précipitent la cachexie. Le râclage peut être encore ici une opération préliminaire quand la tumeur est arrivée au point d'être inopérable, ou quand elle récidive; il est suivi de cautérisation au fer rouge.

Gaillard-Thomas emploie la curette dans les cas de métrite sur laquelle les autres procédés n'ont pas eu d'action. Quand, dans l'endométrite, la muqueuse est épaissie ou présente des granulations, qui donnent des hémorragies, quand les glandes sont hypertrophiées, et que les sécrétions deviennent intarissables, la curette enlèvera les fongosités, détruira les glandes et tarira la sécrétion anormale. \*

Les restes d'un placenta emprisonnés dans la matrice après un accouchement, les débris de l'œuf ou des membranes qui restent dans la cavité après un avortement, seront enlevés par la curette.

Dans la dysménorrhée membraneuse, le râclage est le seul moyen vraiment efficace.

Le curage peut encore servir comme moyen de diagnostic dans les cas où nous ne possédons aucune donnée qui puisse expliquer la pathogénie d'une sécrétion abondante ou d'une hémorragie utérine.

### 5° Écouvillonnage

L'écouvillon sera appliqué dans la plupart de cas d'endométrite. C'est un instrument précieux pour le pansement intra-utérin, dans les cas légers et récents, et pour la destruction de la muqueuse malade dans la forme chronique sans végétations.

Dans l'avortement, quelquefois après une hémorragie, l'utérus emprisonne l'œuf ou le placenta, s'il y en a. Alors, deux dangers peuvent se présenter ; à savoir : la septicémie si l'antisepsie préventive n'a pas été vigoureuse, et les hémorragies abondantes et répétées, qui mettent la femme dans un état d'anémie profonde et préparent ainsi le terrain à la septicémie. Dans ce cas, Doleris conseille le curage, si l'œuf est emprisonné en entier, et l'écouvillonnage s'il est fragmenté.

### 6° Galvano-caustique thermique

Le docteur Apostoli emploie son traitement quand il veut détruire la muqueuse malade, comme dans les cas d'endométrite, et quand il veut précipiter l'élimination de l'exsudat inflammatoire, et en même temps agir sur la muqueuse. Tel est le cas de la métrite parenchymateuse.







## CHAPITRE VII

### VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE LA MÉTHODE

Si nous voyons s'élever tant de discussions à propos de la médication intra-utérine, cela tient aux théories trop exclusives sur la pathogénie des maladies de la matrice.

Ainsi, Emmet admet que « l'endométrite et l'endocervicite sont rares. Le trouble réel consiste en une pelvipéritonite environnante. » D'autres considèrent les déviations utérines comme le point de départ de toute inflammation de la muqueuse.

Doleris défend la nature infectieuse de l'endométrite. D'après lui, la cause de toutes les mérites est l'inflammation septique née à l'occasion d'un accouchement ou d'un avortement ; en un mot, une septicémie atténuée. Les conditions septiques procèdent de l'extérieur, et tiennent à l'altération des liquides sécrétés ou du sang menstruel. Il suffit que ces liquides donnent asile à des organismes phlogogènes, pour qu'à l'occasion d'un traumatisme (relations brutales ou disproportionnées) ou d'une congestion intense (menstruation, excès vénériens, masturbation) ils déterminent l'inflammation de l'épithélium. L'endométrite peut encore tenir à une blennorrhagie.

Il n'y a de vraie métrite, dit Doleris, un peu trop catégoriquement peut-être, que tant qu'il y a microbe. Quant aux états pathologiques qui sont la conséquence des troubles de nutrition ou d'innervation, ils correspondent à ce qu'on appelle hypertrophie chronique, congestion, fluxion, engorgement.

Ainsi nous voyons qu'il fait une distinction entre les métrites consécutives à la parturition ou à l'avortement et l'état congestif ou fluxionnaire de l'utérus ; distinction qui n'est pourtant pas trop tranchée en clinique.

Tripier, de Lyon, admet que toutes les inflammations utérines proviennent « toujours d'un arrêt de la métamorphose rétrograde de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement. » Pour lui, elles sont créées par la subinvolution, qui provoque des troubles circulatoires caractérisés par des congestions et des stases.

Les altérations de la santé générale, les troubles nerveux, les inflammations des ovaires, ont été mis en cause.

Certes, toutes ces théories sont bonnes, toutes ont un côté de vérité. Mais elles ont le tort d'être trop exclusives.

C'est que de la théorie pathogénique dépend le traitement. Il faut agir sur la cause pour guérir l'effet ; et les causes ici sont multiples. Ce qui, dans un cas, est le point de départ de la maladie, dans un autre en est le résultat. Tous les symptômes s'enchaînent fortement, et il est difficile de trouver celui qui a ouvert le chemin. Il faut souvent arriver par tâtonnements.

Il est incontestable que la scrofule atteint les muqueuses ; mais qui peut nier le résultat des troubles circulatoires dans la déviations et la subinvolution ? Qui peut douter de la probabilité d'une infection utérine ? Les processus inflammatoires et congestifs sont les mêmes. L'anatomie pathologique ne peut pas encore en faire la distinction. D'un autre côté, le même processus peut tenir à des causes multiples.

Voilà pourquoi un même traitement ne réussit pas toujours. Voilà pourquoi là où le traitement général a échoué, le traitement topique a trouvé son indication. Mais parce qu'une médication n'a pas donné des résultats, dans quelques cas, la rejeter complètement serait une témérité.

Le véritable plan thérapeutique, pour une endométrite, est d'éloigner ses causes. Mais quand il s'agit d'une endométrite chronique due au froid, à l'exposition à l'air libre pendant la menstruation, à la subinvolution abortive, il n'est pas possible d'agir sur elles. Dans ces cas, il faut un traitement symptomatique ; il faut la médication intra-utérine.

Il est rationnel de traiter une endométrite consécutive à une déviation, à une déchirure du col, à une altération de la santé générale ou à une pelvipéritonite, en dirigeant le traitement contre la maladie causale. Mais quand la pelvipéritonite a disparu, l'utérus est redressé, la déchirure opérée, la santé améliorée, et, pourtant l'endométrite reste et les sécrétions utérines continuent à être aussi abondantes que par le passé, que faire, si ce n'est s'adresser à l'endomètre ?

Comment peut-on détruire les fongosités qui peuvent mettre la vie de la femme en danger, par les hémorragies qu'elles occasionnent, si ce n'est en les cautérisant, ou les enlevant au moyen de la curette ? En effet, les bourgeons sont remplis de capillaires friables et altérés. La curette les enlève, en même temps qu'elle excite l'utérus, qui se contracte et efface la lumière des artérioles. C'est pourquoi l'hémorragie consécutive au râclage est rare.

Le traitement général est un adjuvant puissant quand il n'est pas curatif. Notre vénéré maître, M. le professeur Chatot, nous disait qu'il avait réussi à guérir complètement une foule de leucorrhées tenaces avec les ferrugineux et les tampons d'ouate imbibés dans la glycérine au tannin introduits dans le vagin. Il ne se décide à faire de la médication intra-

utérine que quand toutes les autres ressources thérapeutiques ont été épuisées. A moins que des indications telles qu'un cancer ou les fongosités de l'endomètre ne l'imposent.

La muqueuse vaginale, disent les adversaires de la méthode, a un pouvoir absorbant considérable. Les topiques appliqués dans le vagin seront déposés sur une surface plus large, et ne seront que mieux absorbés. « Ce pouvoir, on le sait, est de beaucoup inférieur à celui de l'endomètre », dit Mundé dans un article publié dans le journal médical de New-York.

Ils veulent bien cautériser la conjonctive dans une conjonctivite scrofuleuse, l'urèthre dans la blennorrhagie, la muqueuse laryngée dans la laryngite; mais ils n'entendent pas toucher à l'endomètre.

Ils reprochent à cette méthode d'être dangereuse et, quand elle ne l'est pas, d'être inefficace. Certainement les cas malheureux abondent, les dangers dans la médication intra-utérine sont grands. Mais, si l'on examinait la plupart de ces cas, on trouverait une pratique défectueuse, ou une contre-indication que l'opérateur n'a pas prise en considération.

Tel est un cas cité par Barnes, où l'injection fut faite dans un utérus rétrofléchi; une injection d'un demi-litre de liquide fut pratiquée à l'aide d'une seringue d'Higginson.

Haselberg cite un cas dans lequel l'autopsie releva la présence d'un kyste suppuré. La malade d'Hermann mourut à la suite d'une injection faite à l'aide d'un clysopompe.

Mais à côté de ces accidents fâcheux, combien parmi les gynécologues n'ont pas eu à se louer de cette indication! Godel, au Congrès de la Société gynécologique américaine, tenu à Baltimore, rapportait qu'il n'avait eu aucun mauvais résultat après l'injection de 4-8 gouttes d'acide phénique pur mélangé à un peu d'hydrate de chloral. Martin (de Berlin), après avoir râclé, à plusieurs reprises, la cavité utérine, injecte immé-

diatement une seringue de Braun pleine de sous-sulfate de fer, injection suivie d'une abondante irrigation d'eau chaude. Il n'a jamais dilaté le canal au delà de la largeur qui existe au moment du traitement. Avec ce procédé il ne compte que des succès. Thomas, quand tout autre traitement a échoué, emploie sa curette.

Les badigeonnages, au moyen de la sonde enroulée de coton, ou des pinceaux, ont des inconvénients : 1° une grande quantité de liquide, dont le coton est imprégné, est rejetée ; 2° le coton s'enveloppe d'albuminates avant de pénétrer jusque dans l'orifice interne. Ces objections sont sérieuses. Mais, d'un autre côté, les applicateurs ne sont pas dangereux, à moins que le liquide employé n'ait un pouvoir escharotique puissant. D'ailleurs leur inefficacité est contestable. Ils rendent de réels services dans les catarrhes du col. Nous avons dit plus haut que Reinsteidter les emploie avec un succès sans égal. Fritsch, en recommandant les applications de teinture d'iode, dit que « si l'action de la muqueuse doit être changée ou sa sécrétion modifiée, il est important d'enlever la sécrétion et de badigeonner tout l'endomètre avec un agent altérant. » Mundé, de son côté, conseille de détacher le coton de la sonde et le laisser dans l'utérus pendant 24 ou 48 heures. Avec ce procédé, il n'a jamais vu que de bons résultats.

Les seringues applicatrices, qui sont exemptes des reproches adressés aux applicateurs, ont donné, entre les mains de ce dernier auteur, quelques schoks et des coliques utérines. Malgré cela, il n'a pas cessé de les employer pour un utérus dont le col est dilaté et la tolérance parfaite.

L'insufflation des poudres n'est pas toujours praticable, parce que le tube s'engorge, et elle est dangereuse quand l'utérus n'est pas dilaté ; car celui-ci ne peut supporter la distension de sa cavité par l'introduction de l'air. Les pommades peuvent rendre quelques services.

Quant au curage, son efficacité n'est pas douteuse. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

En somme, la médication intra-utérine, pratiquée selon les règles opératoires et antiseptiques, n'est pas dangereuse et peut être efficace dans beaucoup de cas, ce que les observations suivantes vont nous démontrer.

Elle doit être essayée quand les autres traitements ont échoué. C'est qu'alors l'endométrite est essentielle, primitive et « le clou de la cure, comme le dit le docteur Apostoli, sera toujours un traitement local, dans une lésion vraiment locale, qui ne guérira ou ne sera soulagée qu'à ce prix ; et cela d'autant plus vite et d'une façon plus parfaite que ce traitement sera plus énergique et plus profond. »





## CHAPITRE VIII

### OBSERVATIONS

#### OBSERVATION PREMIÈRE

(EMPRUNTÉE A M. DOLERIS)

*(Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie)*

Rétention du placenta à la suite d'un avortement. — Extraction du délivre. — Hémorragie. — Septicémie, persistante malgré les lavages intra-utérins. — Râclage de l'utérus à l'aide de la curette et écouvillonnage antiseptique par M. Doleris.

Le 19 janvier 1885, je suis appelé près de M<sup>me</sup> X... qui, enceinte de trois mois, a fait une fausse couche dans la nuit, et perd du sang d'une façon modérée. Voici les renseignements que je recueille :

Sa mère, qui a eu six enfants, avait fait une fausse couche de six mois, à la suite d'une frayeur. Elle est morte, à 61 ans, d'une hémorragie cérébrale. Le père, quoique rhumatisant, jouit d'une bonne santé.

Leur fille, non malade, s'est toujours bien portée dans sa jeunesse ; mais, arrivée à l'âge de puberté, ses règles venaient irrégulièrement ; elle voyait quelquefois toutes les trois semaines et se trouvait toujours en avance. A 26 ans, fièvre typhoïde. Mariée à 27 ans ; deux mois après son mariage, elle éprouve un premier retard d'un mois, auquel succède une perte abondante. Neuf mois après le mariage, première vraie fausse couche de trois mois et demi, qui l'oblige à garder le lit pendant un mois. Deux mois après cette fausse couche, nouvelle grossesse, qui arrive à

terme. Le travail a duré quarante heures, sans contractions énergiques de l'utérus ; il y a eu seulement de violentes douleurs de reins : présentation du sommet. Jamais elle ne s'est mieux portée que pendant sa grossesse. L'enfant, qui a aujourd'hui six ans, est bien constitué.

En 1880, deux ans après cet accouchement, nouvelle fausse couche de quatre mois : perte abondante ; un mois de séjour au lit. La même année 1880, trois fausses couches de trois mois ; la malade se rétablit promptement.

En 1882, nouvelle grossesse, deuxième accouchement à terme : présentation du sommet : dix heures de travail, fort peu de contractions expulsives, douleurs de reins (ce dernier enfant, nourri au biberon, ne tarde pas à être pris de vomissements : on lui donne une nourrice. Il meurt à un mois.)

Le 16 janvier 1885, la malade qui, après trois fausses couches et deux grossesses, se trouvait pour la sixième fois enceinte de trois mois, éprouve quelques coliques et perd quelques caillots de sang. Dans la nuit du 19, la malade descend du lit pour uriner ; en se relevant, elle voit tomber un fœtus, et le sang part en assez grande abondance.

Au matin, je la vois ; elle ne se plaint de rien ; mais le poulx est petit, la face pâle, grande faiblesse générale.

On me présente le fœtus et les linges ; je trouve au milieu des caillots quelques débris de membranes, mais nulle trace de placenta. Au toucher, le col est mou, légèrement entr'ouvert ; cet examen direct ne provoque ni douleurs, ni contractions. Ergot de seigle, toniques, injections simples. Les deux jours suivants, les pertes persistent, continuelles, mais légères, sans odeur. A partir du quatrième jour, l'odeur s'accroît ; la malade a quelques coliques, vers 5 heures du soir, et rend des caillots noirâtres fétides. T. 38°. Lavage intra-utérin avec sublimé de 1 pour 1000. Le lendemain, à la même heure, nouvelles coliques, expulsion de caillots semblables à ceux de la veille.

Au toucher, le col est toujours entr'ouvert ; il laisse facilement pénétrer deux doigts ; on sent l'extrémité du placenta, qui est en partie détaché et que l'on peut contourner avec le doigt. Les tentatives faites pour l'extraire, à l'aide de deux doigts, sont infructueuses ; il glisse entre les doigts et reste adhérent. Je place la malade sur le bord du lit, introduisant de nouveau deux doigts à travers le col ; je glisse entre eux une longue pince ordinaire et je saisis la partie libre du placenta ; je l'amène presque au niveau de l'orifice externe ; mais il est friable, se déchire, et

je retire seulement quelques parcelles entre les mors de la pince ; la masse résiste et reste adhérente. Après deux tentatives semblables je renonce à extraire le placenta ; matin et soir, lavage utérin au sublimé avec la sonde à double courant. Toniques, alcool, sulfate de quinine 1 gr. 50 en trois cachets, 1 cachet toutes les 3 heures. T. 38°5.

Le sixième jour, au matin, la température est à 38°8 ; la malade prend une face terreuse, le pouls est petit, mais il n'y a aucune douleur, aucun point sensible dans le ventre. La malade, qui en temps normal a l'ouïe un peu dure, n'entend plus rien du tout, ce qui est dû à la dose relativement élevée du sulfate de quinine. Je préviens alors la famille qu'il faut débarrasser l'utérus de ce qu'il renferme.

Devant le refus de la famille, je continue le même traitement que la veille ; mais trois lavages intra-utérins au lieu de deux. Le lendemain même état, même traitement ; l'état général s'aggrave. Nouvelle proposition d'opération ; on veut attendre jusqu'au jour.

Le lendemain, la nuit a été mauvaise, la malade a des frissons, elle a des sueurs. T. 39°3. On accepte enfin l'opération, qui a eu lieu le 27 janvier, à 6 heures du soir, huit jours après la fausse couche. Elle est pratiquée par M. Doleris, alors chef de clinique d'accouchement de la Faculté.

Il saisit le col avec une érigne de Museux, et me la confie. Tandis qu'avec une main, j'abaisse l'utérus en le comprimant de haut en bas, vers l'excavation, de l'autre je cherche à l'attirer en bas le plus possible, en tirant sur l'érigne, fixée sur le col. Le Dr Doleris introduit deux doigts dans l'utérus et cherche à décoller le placenta, qui résiste et se déchire, comme il avait fait entre les mors de la pince à ma première tentative.

Les débris arrachés de la sorte ont une odeur horriblement fétide. L'opérateur introduit alors une large curette de Récamier dans l'utérus pour décoller la masse placentaire à son insertion. Après quelques efforts, la majeure partie du placenta est extraite au moyen d'une longue pince ordinaire. M. Doleris introduit dans l'utérus son écouvillon, qu'il a, au préalable, imbibé de glycérine créosotée à 1 pour 10, puis, par des mouvements rotatoires en divers sens, il racle la cavité utérine et extrait les débris restants. L'opération est facile, et elle est renouvelée trois ou quatre fois jusqu'à ce que l'écouvillon ne ramène plus aucun débris, puis on termine par un lavage vaginal au sublimé. Il s'est écoulé à peine quelques gouttes de sang pendant l'opération, qui a duré environ vingt

minutes, et que la malade a fort bien supportée sans être chloroformée.

Dès le lendemain, le mieux est manifeste ; la malade a bien passé la deuxième partie de la nuit ; la température est retombée à 38,1 ; je fais par jour deux lavages extra-utérins au sublimé ; sur le conseil de M. Doleris, après chaque lavage, mettant le spéculum, j'introduis dans la cavité utérine, à l'aide d'un pinceau, un peu d'iodoforme pulvérisé et je continue le sulfate de quinine, toniques et alcool. Deux jours après, l'écoulement est à peu près disparu ; on supprime les lavages et la quinine, pour se contenter de nourrir la malade qui, dix jours après, se met sur une chaise longue et commence à marcher.

*Appendice.*— La malade, qui s'était parfaitement remise, vient de faire tout récemment (le 4 juillet courant), une cinquième fausse couche de trois mois.

## OBSERVATION II

(*Nouv. Arch. d'obst. et gyn.*).

Avortement de deux mois. — Polype placentaire. — Hémorragie prolongée.  
— Vaginisme. — Septicémie.— Ecouvillonnage suivi d'injection de perchlorure de fer dans l'utérus.

(EMPRUNTÉE A M. DOLERIS).

Le 23 décembre 1884, M. le docteur Sch..., médecin étranger, demeurant 87, rue d'Assas, me prie de venir voir sa femme dans les conditions suivantes : nouvellement mariée, M<sup>me</sup> S... a fait une fausse couche de deux mois ; il est resté dans l'utérus une partie de la masse placentaire. Ce débris polypeux est, depuis un mois, l'occasion d'une hémorragie peu abondante, mais qui ne cesse pas un instant. Par moments elle a été assez forte pour nécessiter plusieurs tamponnements. C'est probablement à la suite de la dernière de ces interventions que l'écoulement prit une odeur fétide et que la malade très-affaiblie, et déjà profondément anémique, éprouva quelques frissonnements, de la fièvre et que l'état général s'altéra assez pour alarmer le mari. Il n'avait jamais omis de lavage antiseptique dans le vagin et même dans l'utérus.

Je trouve M<sup>me</sup> S... très-pâle, affaissée et en proie néanmoins à une surexcitation nerveuse assez vive.

Le poulx est vif, la température fébrile, la langue saburrale.

L'utérus est en antéflexion, le fond remonte à trois travers de doigt

au-dessus de la symphise, le col est souple et long. Ecoulement roussâtre mélangé de quelques grumeaux d'aspect purulent ; il est abondant, fétide, et ressemble à certains écoulements du cancer utérin avancé. Toucher pénible, vaginisme douloureux et intense. Le mari accepte d'avance le curage utérin, que son éducation scientifique, faite en partie en Allemagne, le poussait même à proposer.

Je le pratiquai avec son aide et celle d'un de ses confrères, le D<sup>r</sup> Latouphis. Après dilatation pratiquée avec la laminaire, je pus, au bout de quelques heures, vider l'utérus avec l'écouvillon uniquement. Je réussis à extraire deux larges lambeaux membraneux et putrides, au milieu du pus et du liquide sanieux. Je pratiquai largement et à plusieurs reprises l'écouvillonnage. J'usai d'un instrument plus volumineux et plus dur pour terminer, de façon à dépouiller entièrement l'utérus de sa muqueuse caduque malade.

Pendant l'opération, j'avais abaissé le col à la vulve et je le faisais maintenir avec une pince à griffes.

La malade ne fut point anesthésiée ; mais j'avais, pour abolir la sensibilité de la vulve, du vagin et du col, fait badigeonner ces parties avec de la cocaïne. C'est la première fois que je me servais de cet analgésique, ainsi que j'ai eu l'occasion de le faire savoir dans une note postérieure communiquée à la Société de Botanique sur l'usage du chlorhydrate de cocaïne en obstétrique.

Le résultat fut parfait et l'insensibilisation fut obtenue aussi désirable que possible.

L'écouvillon était chargé de glycérine créosotée à 1/10 chaque fois, surtout pour terminer l'opération. Peu habitué à ces sortes d'intervention, et redoutant la possibilité d'une hémorragie, je fis ce que j'avais vu faire par Martin, à Berlin, c'est-à-dire l'injection dans l'utérus d'un centimètre cube de perchlorure de fer pur. Depuis, j'y ai renoncé, cette pratique m'ayant paru, jusqu'ici, du moins inutile.

Les suites ne furent troublées par aucun accident, et la malade recouvra vite la santé. L'utérus revint bientôt à ses proportions normales et l'écoulement, qui pendant cinq à six jours était resté épais et jaunâtre, cessa définitivement avec l'élimination des tissus détruits apparemment par le perchlorure de fer.

J'ai vu M<sup>me</sup> S... depuis un an après son opération ; elle n'a point eu d'enfants. Elle est toujours pâle, mais bien portante, d'ailleurs.

### OBSERVATION III

(INÉDITE)

*Due à l'obligeance de notre ami F. Delmas, interne des hôpitaux de Marseille.*

Inflammation péri-utérine. — Métrite. — Cautérisation à l'acide azotique. —  
Guérison.

B.... 19 ans, bonne constitution, entre à l'Hôtel-Dieu le 2 février 1887, salle Sainte-Élisabeth, n° 3.

Accouchement normal à la Maternité, le 15 janvier.

Sortie au bout de huit jours, elle fait des courses très longues et répétées pour le placement de son enfant.

30 janvier. — Frisson, fièvre, douleurs vives dans l'abdomen, surtout à l'hypogastre.

2 février. — Abdomen ballonné, très douloureux à la pression ; douleurs lombaires très vives ; face pâle, traits tirés, langue sèche et rouge, pouls petit et fréquent. — T. 39,4. Lochies peu abondantes et d'une odeur désagréable.

Mauve et violettes, calomel, bains de siège.

Onguent napolitain et cataplasmes.

5 février. — État général meilleur. En portant le doigt dans les culs-de-sac vaginaux, on sent un point tuméfié ; le palper abdominal fait aussi percevoir cette tuméfaction dans la fosse iliaque gauche. Le toucher est douloureux. On ne peut mobiliser l'utérus.

2 vésicatoires sur l'abdomen ; irrigations chaudes.

Mois de février et de mars. — On combat toujours l'inflammation péri-utérine. Mieux sensible.

Avril. — Le processus inflammatoire a disparu. On s'occupe de traiter la métrite.

Cautérisations à l'acide azotique dissous dans un égal poids d'eau et porté sur un tampon de coton après avoir nettoyé, au préalable, la cavité du col avec un tampon sec.

Malgré l'inflammation péri-utérine préexistante, la cautérisation est bien supportée et la malade sort complètement guérie le 8 mai.

## OBSERVATION IV

(INÉDITE)

*Duc à l'obligeance de notre ami F. Delmas, interne des hôpitaux de Marseille.*

Métrite chronique simple. — Cautérisation avec l'acide azotique.

Maria T..., âgée de 36 ans, cuisinière, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 mars 1887, salle Sainte-Élisabeth, n° 34.

Voici son histoire en quelques mots :

Ses règles sont venues à 12 ans ; elle s'est mariée à 19 ans et a eu sa première couche à 20 ans ; tout alla bien. Sept ans après, nouvel accouchement ; rien de particulier.

En 1881, elle accouche pour la troisième fois ; le travail se fait bien ; mais elle s'est levée de bonne heure et a ressenti des douleurs dans le bas-ventre ; depuis cette époque elle souffre toujours de ce côté.

A plusieurs reprises, elle est entrée plusieurs fois à l'hôpital, et n'en est jamais sortie complètement guérie.

Actuellement elle présente les symptômes suivants :

Elle sent constamment une pesanteur dans le bas-ventre ; règles pénibles et douloureuses, avec des irradiations vers les reins et les cuisses ; elle a des pertes blanches ; ses digestions sont pénibles ; inappétence, constipation, facies utérin.

Quand on pratique le toucher, on sent un col volumineux ; la pression sur le col détermine de la douleur ; utérus mobile, un peu augmenté de volume.

Au spéculum, lèvres épaisses, indurées, lèvre antérieure un peu hypertrophiée. Sur le museau de tanche, petits points rouge vif : on trouve une mèche gélatineuse, jaunâtre, très adhérente, saillante au dehors.

*Traitement.* — Bains de siège pour combattre la congestion utérine. — Poudre de rhubarbe, 50 centigrammes. — Vin de Malaga.

Les jours suivants : on commence le traitement local.

Avec un tampon de coton enroulé autour d'un hystéromètre, on enlève

le mucus très adhérent qui bouche l'orifice et tapisse la cavité cervicale ; puis cautérisation avec un autre tampon trempé dans l'acide azotique. Douleur très modérée.

Le traitement a été continué les jours suivants ; les cautérisations ont été faites tous les trois jours.

L'état de la malade s'est bien amélioré, et celle-ci demande son exeat, malgré nos conseils, le 15 avril.

## OBSERVATION V

*(Inédite. — Tirée de la pratique de M. Chalat.)*

Endométrite catarrhale du corps. — Râclage, injection

L... (Elisa), âgée de 22 ans, ménagère, mariée, vient consulter M. Chalat, le 27 décembre 1883.

Elle se plaint, depuis plusieurs mois, de douleurs vives, qui partent de l'hypogastre, descendent le long des membres inférieurs et remontent aux lombes, en causant une sensation de serrement très pénible.

Mariée depuis 15 mois, elle a fait des excès de coït les premiers jours de son mariage. Jusqu'alors elle était abondamment et très régulièrement réglée tous les mois, depuis l'âge de 13 ans. Pas de fausse couche. Pas de maladie antérieure ; mais elle est d'un tempérament lymphatique.

Depuis 14 mois, sa santé décline de plus en plus. Elle a le teint pâle et le facies anémique. Souffles carotidiens, constipation opiniâtre, inappétence.

Au spéculum on voit un col entr'ouvert, dont les lèvres sont gonflées et dures. Un mucus transparent, filant, floconneux et très abondant sort de l'orifice externe. L'hystéromètre introduit donne 55 millimètres. La muqueuse interne est molle et comme fongueuse.

29. — Râclage à la curette de Récamier, par mouvement de rotation, après avoir abaissé le col avec une érigne. Immédiatement après, injection intra-utérine avec 5 grammes de teinture d'iode et tampon vaginal. Vives douleurs au moment du râclage.

2 janvier 1884. — Elle se sent mieux. La leucorrhée est moins abondante et les douleurs moins vives au toucher.

3. — Elle a souffert toute la journée ; mais l'appétit est resté bon.

14, 15, 16. — Elle est réglée abondamment.

17. — Vomissements, lavements laudanisés.

25. — Cautérisation intra-utérine au nitrate d'argent pulvérisé.

Les jours suivants, la malade continue à aller de mieux en mieux. Le 2 février, M. Chalot la trouve à peu près complètement guérie.

## OBSERVATION VI

*(Communiquée par Porak. — Empruntée en résumé à la thèse de Veper)*

Endométrite catarrhale. — Ecouvillonnage

M<sup>me</sup> H..., 22 ans, entre le 1<sup>er</sup> septembre 1886. A été enceinte en 1885. Depuis elle accuse des douleurs et de la pesanteur dans le ventre. Elle est réglée toutes les trois semaines. Règles abondantes, douloureuses, se prolongeant pendant une semaine. Dans l'intervalle, pertes blanches abondantes, quelquefois teintées de rouge. Utérus volumineux et antéfléchi (hystéromètre 8 centim.), col gros et mou, annexes saines.

Le 3, on applique une éponge iodoformée ; le 6 on pratique un lavage et un écouvillonnage avec la glycérine créosotée.

Le 7, elle a des nausées et accuse des douleurs dans la fosse iliaque droite. T. 37°6.

Le 8, les règles surviennent ; la douleur est moins vive.

Le 10, tout rentre dans l'ordre.

L'écoulement a complètement cessé ; mais l'utérus est resté volumineux et antéfléchi.

## OBSERVATION VII

*(Communiquée par M. Chalot)*

(Inédite)

Marie A..., née à Oran (Afrique), entre le 20 novembre 1876 dans le service du professeur Courty, à l'hôpital Saint-Eloi. Cette femme, malade

depuis plusieurs années, a des phénomènes hystériformes multiples. Elle a eu plusieurs enfants. Elle se plaint d'un écoulement séro-purulent très abondant, et d'une douleur vive, qu'elle éprouve au niveau de la région iliaque droite. Pas de maladie antérieure, sauf peut-être la syphilis, malgré les dénégations de la malade. Car on trouve des traces de syphillides.

A l'examen on constate que la pression abdominale provoque une douleur assez intense, au niveau de l'ovaire droit. Le spéculum montre une hypertrophie considérable, avec induration et teinte rougeâtre violacée de la lèvre antérieure. Par l'orifice sort un liquide muco-purulent, visqueux, filant avec flocons. L'hystéromètre donne 85 millim. Utérus libre, mais volumineux. Moyen degré de cystocèle vaginale.

*Traitement.* — Pointes de feu sur la lèvre antérieure du col. De même à l'aîne droite. Pilules Blaud et rhubarbe.

30 décembre.— La malade va beaucoup mieux ; elle ne souffre plus au niveau de la fosse iliaque droite ; mais elle conserve de la leucorrhée. On continue les pilules Blaud et la rhubarbe, et l'on ajoute l'iodure de potassium à doses progressives.

2 janvier 1877. — On constate au niveau de la lèvre antérieure du col trois petites cicatrices déprimées. Ce sont les traces de pointes de feu. L'utérus mesure 8 centim. La leucorrhée cervico-utérine continue.

La femme étant placée sur le dos, un spéculum univalve déprimant la paroi postérieure du vagin, le professeur Courty attire le col avec ses pinces convergentes, nettoie la cavité cervicale avec du coton enroulé à l'extrémité d'une pince à pansement et badigeonne toute la cavité avec le crayon de nitrate d'argent d'abord, et puis avec un pinceau légèrement mouillé qu'il a trempé dans la poudre de nitrate d'argent. Tampon de coton. Repos au lit.

3 janvier. — Point de douleur ; nuit excellente.

16. — La douleur ayant reparu au niveau de l'ovaire droit, une nouvelle application de pointes de feu fut pratiquée au niveau de la fosse iliaque droite correspondante.

25. — Nouvelle application, avec le pinceau, de nitrate d'argent en poudre dans la cavité utérine.

La malade sort un mois et demi après, ne souffrant que très peu dans la fosse iliaque droite et n'ayant plus qu'une petite leucorrhée muqueuse.

L'espace nous manquant, nous nous bornons à donner ci-dérrière le résumé de quelques-unes des observations tirées de la pratique de M. le professeur Chalot.



*Tableau.*

# TABLEAU RÉSUMÉ

(TIRÉES DE LA PRATIQUE)

| Numéros | NOMS              | AGE | NOMBRE<br>DE COUCHES | DIAGNOSTIC                                                                                       |
|---------|-------------------|-----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1       | Mélanie Bru...    | 33  | Multipare            | Métrite parenchymateuse chronique avec catarrhe du col, et hypertrophie de la lèvre postérieure. |
| 2       | Lucie Coul...     | 32  | Multipare            | Métrite chronique, endocervicite et sténose de l'orifice externe du col.                         |
| 3       | Catherine Pasc... | 46  | Multipare            | Métrite chronique avec catarrhe du col.                                                          |
| 4       | Fr. Gaut...       | 50  | Multipare            | Métrite interne hémorragique.                                                                    |
| 5       | Marceline A....   | 30  | Unipare              | Métrite chronique avec endométrite catarrhale du corps.                                          |
| 6       | Rosalie Bor...    | 22  | Nullipare            | Catarrhe chronique et sténose externe du col; dysménorrhée.                                      |
| 7       | L. Bert...        | 47  | Multipare            | Métrite chronique avec catarrhe et érosions papillaires du col.                                  |
| 8       | Marie Bud...      | 38  | Multipare            | Catarrhe utérin et érosion du col.                                                               |
| 9       | Joséphine Bat...  | 42  | Multipare            | Méto-ovarite chronique. Catarrhe du col avec érosion simple.                                     |
| 10      | Julie Comb...     | 29  | Unipare              | Catarrhe cervico-utérin avec érosion papillaire.                                                 |
| 11      | Pauline Saun...   | 42  | Multipare            | Métrite parenchymateuse chronique; endométrite du col.                                           |

## DES OBSERVATIONS

DE M. LE PROFESSEUR CHALOT)

| TRAITEMENT                                                                                                                               | RÉSULTAT                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Cautérisation intra-cervicale au nitrate d'argent.<br>Ignipuncture du col.                                                               | Guérison de l'endométrite<br>et amélioration considéra-<br>ble de la métrite. |
| Discision bi-latérale du col, badigeonnage de la<br>cavité avec du nitrate d'argent.                                                     | Guérison de la dysménor-<br>rhée.                                             |
| Ignipuncture, badigeonnages intra-cervicaux au ni-<br>trate d'argent. Tampon vaginal de glycérine.                                       | Amélioration très considé-<br>rable.                                          |
| Injection de perchlorure de fer et plus tard de<br>chlorure de zinc dans l'utérus.                                                       | Amélioration.                                                                 |
| Dilatation du col. Badigeonnages intra-utérins à<br>la teinture d'iode, tamponnement à la glycé-<br>rine. Irrigations vaginales chaudes. | Amélioration très grande.                                                     |
| Discision bi-latérale du col. Badigeonnage intra-<br>cervical au nitrate d'argent.                                                       | Guérison de la dysménor-<br>rhée.                                             |
| Ignipuncture du col. Badigeonnage intra-cervical<br>au nitrate d'argent. Injection vaginale très<br>chaude.                              | Amélioration notable.                                                         |
| Injection iodée intra-utérine. Cautérisation de<br>l'érosion au nitrate d'argent. Injection vaginale<br>chaude.                          | Guérison.                                                                     |
| Ignipuncture du col. Injection vaginale chaude.<br>Badigeonnage intra-cervical au nitrate d'ar-<br>gent.                                 | Amélioration considérable.                                                    |
| Badigeonnage intra-cervical à la teinture d'iode.<br>Cautérisation au nitrate d'argent et pansement<br>sec vaginal.                      | Guérison.                                                                     |
| Ignipuncture. Cautérisation au nitrate d'argent.<br>Injection vaginale chaude. Tampon de glycé-<br>rine.                                 | Guérison du catarrhe. Amé-<br>lioration très considérable<br>de la métrite.   |





## CONCLUSIONS

Maintenant, jetons un coup d'œil rétrospectif sur ce que nous avons écrit. Nous voyons que :

1° La médication intra-utérine a été de tout temps et est encore discutée ;

2° La dilatation du col est nécessaire pour pouvoir pénétrer dans la cavité intra-utérine, et n'est nullement dangereuse quand on prend toutes les précautions antiseptiques ;

3° Les divers moyens d'agir sur l'endomètre ne sont pas également dangereux, ni également efficaces ;

4° Les inflammations aiguës de l'utérus et de ses annexes, les déviations et les sténoses, sont des contre-indications formelles ;

5° La médication intra-utérine, excellente dans quelques cas déterminés, ne doit être essayée, dans d'autres, que quand le traitement général et les autres procédés locaux ont échoué.

FIN .

VU BON A IMPRIMER :  
Montpellier, le 16 décembre 1887.

Pour le Recteur ;  
L'Inspecteur d'Académie délégué :  
**L. YON.**

VU PERMIS D'IMPRIMER :  
Montpellier, le 15 décembre 1887.

Le Doyen,  
**A. CASTAN.**





## BIBLIOGRAPHIE

- ALPHONSE GUÉRIN. — *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1870.  
GAILLARD-THOMAS. — *Traité clinique des maladies des femmes*, 1879.  
COURTY. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1881.  
WEST. — *Leçons sur les maladies des femmes*.  
SCHRÖDER. — *Handbuch der Krankheiten der Weiblichen geschlechtsorgane*, 1884.  
BILLROTH und Dr A. LUECKE. — *Handbuch der Frauenkrankheiten*, 1885.  
SINETY (DE). — *Manuel pratique de gynécologie*, 1884.  
PAUL MUNDÉ. — *Minor surgical gynecology*, 1885.  
HART ET BARBOUR. — *Manuel de gynécologie*, 1886.  
MALACHIA DE CHRISTOFORIS. — *Le malattie della donna*, 1885.  
EMMET. — *The principles and practice of gynecology*, 1885.  
CHURCHILL. — *Traité pratique des maladies de la femme*, 1866.  
LEBLOND. — *Chirurgie gynécologique*.  
HEGAR et KALTENBACH. — *Traité de gynécologie opératoire*, 1885.  
LUTAUD. — *Précis des maladies des femmes*.  
BÉTRIX. — *De la nouvelle méthode du professeur Vulliet*. (*Nouv. Arch. d'obst. et gyn.*, janvier 1886).  
SABAIL. — *Dilatation de la cavité utérine par la méthode du Dr Vulliet*. (*Nouv. Arch. d'obst. et gyn.*, août 1886).  
APOSTOLI. — *Sur un nouveau traitement de l'endométrite par la galvano-caustique thermique*. (*Nouv. Arch. d'obst. et gyn.*, 1886).  
DOLERIS. — *De la dilatation utérine employée comme traitement curatif dans l'endométrite*. (*Nouv. Arch. d'obst.*, janvier 1887).  
— *De l'endométrite et de son traitement* (février 1887).  
— *De la conduite à tenir dans l'avortement* (mai 1886).

- PORAK. — *De l'endométrite.* (Nouv. Arch. d'obst., juin 1887).
- MISRACKI. — *Rétention du délivre dans l'avortement.* (Nouv. Arch. d'obst., avril 1887).
- SWARTZ. — *Archives de gynécologie* (allemand, 1880).
- PLAYFAIR. — *Sur la médication intra-utérine.* (*British medical journal*, 27 mars 1880).
- P. MUNDÉ. — *Un plaidoyer pour la médication intra-utérine.* (5 février. *New-York medical journal*).
- VEPER. — *De la dilatation de l'utérus en gynécologie.* (Thèse de Paris, 1887).
- TOUSSAINT. — *Dilatation permanente artificielle de l'utérus.* (Thèse de Paris, 1887).
- KUFFERATH. — *Sur les injections intra-utérines pendant et en dehors de l'état puerpéral.* (Thèse de Bruxelles, 1879).
- CARLET. — *Traitement électrique des tumeurs fibreuses selon la méthode du D<sup>r</sup> Apostoli.* (Thèse de Paris, 1884).
- ADRIET. — *Contribution à l'étude du grattage de l'utérus.* (Thèse de Paris, 1885).
- Archives de tocologie*, 1880-1887.
- Annales de gynécologie*, 1880-1887.
- Bulletin thérapeutique*, 1885.



## SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---

